

**Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département Sciences Sociales**

**Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du diplôme de Master en
Psychologie Clinique**

THEME

**LE FONCTIONNEMENT COGNITIF CHEZ LE
DEPRESSIF**

Etude de 06 cas âgé entre (11-43 ans)

Réalisé par :

M^{elle} KHERFALLAH MERIEM

Encadré par :

M. AMRANE LAKHDAR

**Année universitaire
2012 - 2013**

Remerciements

En premier lieu, nous tenons à remercier bon dieu de nous avoir donnés la santé, volonté et patience tout au long de notre travail.

Un grand Merci à notre promoteur Monsieur « Amerane Lakhdar » pour son acceptation de nous aider, et soutenir notre motivation tout au long de cette recherche, sa conception et sa défense de recherche scientifique ont largement contribué à guider nos stratégies de recherche. En outre, sa rigueur et ses connaissances méthodologiques nous a apportées bien plus que simple savoir,

Nous remercions bien entendu les membres du jury, pour avoir accepté d'évaluer ce modeste travail.

Nous souhaiterons également à remercier les psychiatres du service en particulier Mme Boudebza, ainsi que le psychologue Moussa du centre de protection, qui nous a aidés à effectuer notre stage.

Enfin, nous tenons à remercier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.



DEDICACES

Je dédie Ce modeste travail:

A toute ma famille en particulier mes chers parents, mon cher papa Saadi, et ma chère maman Djamilia pour le grand soutien moral et matériel qu'ils m'ont offert tout au long de mes études.

A mes frères : Yacine et Rafik.

A mon âme sœur jumelle Salima, pour sa précieuse relecture, son soutien inconditionnel et son amour sans faille.

A mes grands-parents qui sont très chers pour moi.

Evidement à tous mes amis, particulièrement, Leila, latifa, lamia et Mahfoud

TABLE
DES MATIERES

Table des matières

Introduction générale.

-Objectifs et choix du thème	03
-Problématique et hypothèse de recherche.....	04
-Définition des concepts clés	10

La partie théorique

Le chapitre I : la dépression.

Préambule.....	13
1. L'historique de la dépression	13
2. Définition de la dépression.....	14
2.1. Selon le dictionnaire de la psychologie.....	14
2.2. Selon le vocabulaire de la santé	14
2.3. Selon le dictionnaire de la psychanalyse.....	15
3. Les symptômes centraux de la dépression	15
3.1. Le syndrome dépressif	16
3.2. L'humeur dépressive	16
3.3. La perte de l'élan vital.....	16
4. Les symptômes non spécifiques.....	16
5. Les symptômes de la dépression	17
5.1. Les symptômes psychiques	17
5.2. Les symptômes comportementaux.....	18
5.3. Les symptômes qui sont en rapport avec l'attitude envers soi-même et l'environnement	18
5.4. Les symptômes d'affaiblissement cognitif	18
5.5. Les symptômes physiques.....	19
6. Les formes de la dépression	19

6.1. Les formes mélancoliques.....	19
6.2. Trouble bipolaire ou maniaco-dépressive	20
6.3. Dépression réactionnaire.....	20
7. Les causes de la dépression.....	21
7.1. Les facteurs biologiques.....	21
7.2. Les facteurs psychologiques	21
7.3. Les facteurs liés à l'environnement social et familial.....	22
8. Les différentes approches de la dépression.....	22
8.1. La dépression selon les psychanalystes	22
8.2. La dépression selon la théorie comportementale	24
8.3. La dépression selon la théorie cognitive	25
8.4. La dépression selon les théories pharmacologiques	25
9. Implications pour le diagnostic.....	26
9.1. Les critères diagnostics de l'épisode dépressif	27
10. Les traitements	28
10.1. Les traitements médicamenteux.....	28
10.2. La sismothérapie	28
10.3. Autres types de prise en charge.....	29
10.1.1. Stratégies psychosociales	29
10.3.2. Les prises en charge psychothérapeutiques	29
10.4. Objectifs du traitement.....	30
Synthèse.....	30

Chapitre II : le fonctionnement cognitif chez le dépressif.

Section I : le fonctionnement cognitif.

Préambule.....	32
----------------	----

1. Aperçu historique	32
2. Définition du terme cognition	32
3. Origine et genèse des schémas cognitifs.....	33
4. définition des schèmes cognitifs	34
4.1. Les caractéristiques des schémas cognitifs	35
4.2. Les processus cognitifs	36
4.2.1. Assimilations et accommodations.....	36
4.2.2. Les heuristiques cognitives	37
4.2.3. Les types des heuristiques cognitives	37
5. Les distorsions cognitives	38
6. Les événements cognitifs	39

Section II : le fonctionnement cognitif chez le dépressif.

1. L'approche cognitive de Beck sur la dépression	42
1.2. Les travaux initiaux de Beck.....	42
2. Les cognitions dans l'humeur dépressive	46
2. Les attributions causales dans la théorie de l'impuissance acquise.....	47
3. La théorie cognitive de Beck.....	48
3.1. Notion de psychopathologie cognitive.....	49
3.2. La triade cognitive dans la théorie de Beck	49
3.3. Les biais cognitif	50
4. Les techniques pour modifier les cognitions négatives	50
5. L'approche cognitive.....	51
6. Trouble du traitement.....	52
Synthèse.....	52

Partie pratique.

Chapitre III : Méthodologie de la recherche.

Préambule.....	56
1. Présentation les deux lieux de la recherche	56
1.1. La présentation de l'établissement publique hospitalier Franz Fanon. 56	
1.2. Présentation du centre de protection de Tichy	57
2. La méthode de recherche	61
2.1. La méthode utilisée	61
2.1.1. La méthode descriptive	61
2.2. Etude de cas.....	61
3. Les outils de la recherche	62
3.1. L'entretien clinique	62
3.2. L'entretien semi-directif.....	63
3.3. L'inventaire de dépression de Beck.....	64
3.4. La présentation de l'échelle de désespoir de Beck	66
4. La population d'étude.....	68
5. Le déroulement de la recherche	68

Chapitre IV :Analyse et discussion des résultats.

1. La présentation des cas et analyse des résultats.....	70
1.1. Présentation et analyse du 01 ^{er} cas	70
1.2. Présentation et analyse du 02 ^{eme} cas.....	73
1.3. Présentation et analyse du 03 ^{eme} cas.....	76
1.4. Présentation et analyse du 04 ^{eme} cas.....	79
1.5. Présentation et analyse du 05 ^{eme} cas.....	82
1.6. Présentation et analyse du 06 ^{eme} cas	85

2. Analyse générale des résultats	88
3. Discussion des hypothèses	90

Conclusion générale.

Liste bibliographique.

Les annexes.

Introduction

Introduction

Introduction :

La dépression est une maladie fréquente et sévère, responsable d'une souffrance personnelle et familiale importante. Elle touche un tiers de la population et sa prévalence est en constante augmentation. Malgré un âge moyen d'apparition de 40 ans, elle est présente dans toutes les touches d'âge, avec une nette augmentation ces dernières années. Le risque de récurrence est important.

On observe en effet que les individus déprimés manifestent en permanence des pensées négatives, « je suis nul, je ne vauds rien, je me déçois, les autres m'abandonne, je ne compte plus pour personne.... », Etc.

Ces pensées correspondent souvent à une réalité extérieure qui dans son traitement interprétatif, est négative, exagérée, généralisée à partir de détail, parfois même fondée sur des éléments non objectifs.

Dans la dépression on observe également des émotions négatives fréquentes : tristesse, chagrin, morosité, etc.

Le trouble dépressif se caractérise par une réduction des comportements « repli sur soi, baisse au arrêt des activités agréables, ralentissement psychomoteur »

Pour Beck et Coll. (1979), la dépression s'explique par la présence de l'activité constante de schéma cognitif qui oriente le traitement des informations externes dans un sens toujours négatif, en résultent donc des pensées négatives sur soi, sur le monde et sur le futur (la triade cognitive de Beck) et par conséquent des émotions de tristesse.

Inévitablement les comportements se réduisent par interaction permanente entre émotion, cognition et comportement.

Pour cela le travail intitulé « le fonctionnement cognitif chez le dépressif » sera présenté en (02) parties :

1- partie théorique qui constitue de deux (02) chapitres :

-chapitre I : la dépression.

- chapitre II : le fonctionnement cognitif.

2- partie pratique qui comprend 02 chapitres :

Introduction

Chapitre (03) : Le cadre méthodologique ou on va présenter :

- les deux (02) lieux où on a effectué notre recherche.
- la méthode et les outils utilisés.

Chapitre (04) : qui est consacrée pour l'interprétation des résultats et la discussion des hypothèses.

Introduction

Le choix du thème :

C'est la suite d'un stage pratique de 02 mois qu'on a effectué à l'hôpital Franz Fanon au niveau du service psychiatrique, en Master I, qu'on a rendu compte des pensées automatiques, qui sont des distorsions cognitives, trouvés chez les sujets déprimés. En effet ces sujets ont des pensées qui entravent leurs fonctionnements. Le choix du thème est dans la mesure où nous voulons bien comprendre le fonctionnement de ces sujets.

Les objectifs :

- comprendre la dépression dans sa complexité à travers l'analyse des schémas cognitifs.
- expliquer ce système du fonctionnement dysfonctionnel.
- la recherche dans une approche cognitive.

Les objectifs et choix du thème

Le choix du thème :

C'est la suite d'un stage pratique de 02 mois qu'on a effectué à l'hôpital Franz Fanon au niveau du service psychiatrique, en Master I, qu'on a rendu compte des pensées automatiques, qui sont des distorsions cognitives, trouvés chez les sujets déprimés. En effet ces sujets ont des pensées qui entravent leurs fonctionnements. Le choix du thème est dans la mesure où nous voulons bien comprendre le fonctionnement de ces sujets.

Les objectifs :

- comprendre la dépression dans sa complexité à travers l'analyse des schémas cognitifs.
- expliquer ce système du fonctionnement dysfonctionnel.
- la recherche dans une approche cognitive.

Problématique et hypothèse de recherche.

La problématique:

Les troubles dépressifs, font partie des maladies les plus graves et les plus fréquentes, dans le monde entier, ces troubles représentent un problème clinique, théorique et historique, il s'agit d'un état et non d'un mode d'organisation psychique comme la névrose et la psychose, souvent transitoire dont la fréquence est. Élevée et qui est susceptible de se combiner avec d'autres pathologies. (J.Pedinielli&A.Bernousi, 2005, P.07).

Donc la dépression n'est ni une tristesse ni une fatigue passagères, mais une maladie sérieuse et fréquente, qui nécessite des soins. La personne déprimée souffre moralement (et parfois physiquement) et elle éprouve le plus grand mal à faire face à ses activités quotidiennes. (C.Cungie&Y. Note, 2002, P01).

Selon le dictionnaire de la psychologie (N.Sillamy), la dépression se définit comme suit « un état morbide, plus ou moins durables, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. L'anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté, il souffre de son impuissance et à l'impression que ses facultés intellectuelle, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradées le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie ». (N.Sillamy, 2003, P79).

Selon l'organisation mondiale de la santé (**OMS**), la dépression est la première cause d'handicap, elle se situe au quatrième rang de maladie en termes de coût financier par maladie.

Selon les prévisions pour 2020 ce trouble se situera à la seconde place en termes de coût parmi les différentes maladies, quels que soient l'âge et le sexe. (<http://www.étatdépressif.com>, 08/04/2013).

La dépression est une affection fréquente dont la prévalence sur une période de six mois est de 6% dans la population générale. Elle est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, avec deux pics, l'un entre 20 et 30 ans, et le second entre 50 et 60 ans. D'après l'OMS, il existe 100millions déprimés dans le monde sur une période d'un an. Il s'agit d'une maladie dont l'évolution est récurrente (50% des cas rechutent dans l'année suivante, le premier épisode).

Des statistiques, dans les Etats-Unis, montrent que 20% de la population risque de souffrir des symptômes de dépression à un moment donnés de leur vie, et de 5% à 10% diagnostiqués comme ayant un désordre dépressif majeur à n'importe quel âge.

En Algérie, 32% sont dépressifs, c'est ce qui a été annoncé par un responsable du ministère de la santé et de la population en Algérie en se référant au dernier recensement général de la population et de l'habitat.

Problématique et hypothèse de recherche.

Cela étant dit, cette évolution alarmante du taux des aliénés mentaux dans notre pays est loin d'être un pur hasard. La paupérisation, l'exclusion, la frustration, la dégringolade du pouvoir d'achat, le chômage, le terrorisme, la déchéance des jeunes générations et la sinistrose de certains citoyens sont autant de facteurs vécus au quotidiens par une grande partie des Algériens et qui sont à l'origine d'une perte de la raison. Ils deviennent ainsi victimes de ce qu'on appelle la « maladie de pauvres ».

120 dépressifs se suicident chaque année en Algérie, ce nombre effarant nous a été communiqué par la direction générale de la protection civile qui précise que sur les 189 suicides enregistrés en 2007, 120 étaient le fait de dépressif.

50% des victimes du terrorisme infâme ont perdu la raison et 25% sont devenus dépressifs, après une enquête effectuée dans la même année. (www.Algerie-dz.com/forums/archive/index.ph.htm)

La dépression se caractérise par plusieurs manifestations telles que: la tristesse extrême et prolongée, repli sur soi et perte d'intérêt, vision négative et pessimiste de soi-même, des autres et de l'avenir, souvent accompagnée d'idées de culpabilité et d'auto-accusation.les troubles de l'attention et de la concentration sont fréquents. (D.Petot, 2003, P.223).

Les thérapies existantes ont suivi l'histoire de la psychologie expérimentale dans ces grandes étapes : la psychologie comportementale jusqu'à la fin des années 60, puis la psychologie cognitive (froide) accompagnée de l'introduction de la psycho neurologie et depuis les années 80, la psychologie cognitive dite (chaude) intégrant les processus émotionnelles, de cette évolution découle la méthode de la thérapie cognitive, la plus connue est celle de Beck. Jusqu'au début des années 1960, Beck travaille avec des sujets déprimés selon la méthode psychanalytique classique en utilisant la technique d'association libre. (L.Fofanna, 2005, P.10).

Beck observe chez certains patients la présence de pensée comportant beaucoup plus de distorsion de la réalité comparativement aux autres types de production, qui sont immédiatement suivies d'émotion désagréable et qui apparaissent à la conscience de manière assez brève, selon Beck la personne dépressive a tendance à devenir moins objectif et s'évalue elle-même, ainsi que son environnement et l'avenir, de façon plus négative et pessimisme. Elle a tendance à se percevoir comme inapte, incapable indésirable ou indigne et à percevoir le monde extérieur comme trop hostile, exigeant et plein d'obstacle insurmontable, elle a tendance à croire que le futur lui réserve surtout des déceptions difficultés, échecs et rejets, aider la personne par divers moyens à développer une vision plus objective l'aide a surmonter la dépression.

D'autre notion de la littérature en « thérapie cognitive » nous viennent des principaux attributs de la pensée : croyance, proposition, fonctionnel versus dysfonctionnel, perception...etc. ce travail sur la thérapie cognitive et comportementale.

Problématique et hypothèse de recherche.

Le système schématique serait composé de représentation formée d'association entre les éléments perceptifs, et les réponses corporelles de l'individu de cette situation. Ces représentations sont activées par un ensemble de processus automatique et implicite. Les processus cognitifs « assimilation », « accommodation » traitent l'information (stimuli) en fonction des schémas cognitifs (représentation organisées en mémoire à long terme) ce traitement consiste à transformer et filtrer l'information pour aboutir à des événements cognitifs (pensée et image mentale) qui interagissent avec le comportement moteur.

Les déficits cognitifs associés à la dépression sont souvent considérés comme des épiphénomènes de l'épisode dépressif.

Pourtant les données de la neuropsychologie cognitive et de l'imagerie cérébrale tendent à montrer l'existence de dysfonctionnements neuroanatomiques et fonctionnels de circuits neuronaux front-sous-corticaux. Ces dysfonctionnements seraient à l'origine des déficits cognitifs d'ordres mnésiques, décisionnels, motivation, attentionnels et psychomoteurs observés dans la dépression. Ce qui caractérise donc un état cognitif pathologique est la présence d'un schéma plus adaptés. La fréquence et l'intensité de pensées erronées d'émotion et de comportement en décalage avec ce qui est normalement attendu sont des témoins directe et observable d'un fonctionnement mental pathologique.

Les thèses cognitives sont cohérentes avec l'idée que la dépression est pensée inexacte et non pas une humeur incontrôlable donc le thérapeute s'intéresse plus au contenu dépressif des pensées qu'aux éventuels facteurs émotionnels.

Après toutes les lectures faites, soit sur les approches qui tentent d'expliquer comment la dépression survient-elle, ou de la démarche à suivre pour la prise en charge, au comment ce trouble entrave les fonctions cognitives. Nous souhaitons mener une recherche dans notre région à savoir « Bejaia » sur une population rencontrée dans des centres spécialisés de protections des adolescents (**C.S.P**) ainsi que dans les services psychiatriques, qui présentent des désordres au niveau cognitif et voir si cela est associé avec leur trouble dépressif.

Pour cerner notre recherche qui porte sur la dépression est ce qu'elle peut générer au niveau du fonctionnement cognitif, d'une autre façon qui veut lier le versant affectif avec celui des cognitions. Nous allons poser notre problème qui est le suivant : **la dépression est-elle conséquence de la perturbation des schémas cognitifs ?**

Problématique et hypothèse de recherche.

. Les hypothèses de la recherche :

On se basant sur les données conceptuelles et théoriques concordantes avec la réalité de notre thème de recherche, nous supposons les hypothèses suivantes :

Hypothèse générale :

Les personnes qui souffrent d'une dépression ont significativement des distorsions cognitives perturbent la perception de leurs environnement, leurs futurs et de leurs soi.

Hypothèses opérationnelles :

1. Les sujets dépressifs ont des schémas cognitifs altérant leurs perceptions de soi.
2. Les sujets dépressifs ont des visions négatives sur leur avenir.
3. Les sujets dépressifs perçoivent négativement leurs environnements.

Définition des concepts clés :

Définition théorique :

La dépression :

« Etat morbide, plus au moins durables, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. L'anxiété, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Il souffre de son impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie ». (Sillamy.Nobert, 2003, P.79).

Cognition :

La cognition est l'acte de connaissance. Elle consiste donc en l'acquisition, l'organisation et l'utilisation du savoir sur soi et le monde extérieur. La psychologie cognitive est l'étude de l'activité mentale dans ses relations avec la perception, les pensées et l'action.

Les phénomènes mentaux conscients et inconscients qui permettent à l'individu de s'adapter aux stimuli internes et externes représentent son champ d'étude. Elle se centre sur les processus mentaux les plus élaborés : la pensée, la prise de décision, la perception et la mémoire. (M.Cottraux, 2001, P.05).

Schéma :

Les schémas sont des représentations mentales abstraites qui résument et organisent d'une façon structurée des événements, des objets, des situations ou des expériences semblables, les schémas stockés en mémoire à long terme, permettant d'analyser, de sélectionner, de structurer et d'interpréter des informations nouvelles.

Ils servent donc en quelque sorte de modèle, le cadre pour traiter l'information et diriger le comportement.(www.wikipédia.Org/wiki/schéma. « Psychologie cognitive »,18/05/2013)

Schéma cognitif :

« Ce sont des représentations non spécifiques mais organisées de l'expérience préalable qui facilitent le rappel mnésique, mais en même temps entraînent des distorsions systématiques des nouvelles constructions mentales. Cette définition peut être rapprochée de celle de Piaget (1964) pour qui un schéma est une structure ou un processus qui sous-tend le

Problématique et hypothèse de recherche

comportement sensori-moteur et les activités mentales complexes et explique l'organisation et la régularité des actes. Si l'on peut opposer un traitement de l'information conscient à un traitement de l'information inconscient, les schémas représentent l'unité de base de la cognition inconsciente. (M. Blackburn & M. Cottraux, 2001, P24, 25).

Définition opérationnelle.

La dépression : c'est l'état pathologique qui touche

l'individu sur tout les plans caractérisée par :

- fatigue
- tristesse intense
- anxiété
- faible estime de soi
- culpabilité
- ralentissement intellectuel
- pensées négatives
- altération de l'appétit
- incapacité d'éprouver du plaisir
- dégradation du sommeil
- symptômes psychomoteurs
- diminution de la concentration et de la mémoire.

Schémas cognitifs : ce sont les distorsions cognitives que la personne présente dans un état dépressif.

- Perception négative.
- pessimisme
- le désespoir.

Problématique et hypothèse de recherche

-surgénéralisation.

-maximalisation.

-minimalisation.

Partie

Théorique

Le premier
Chapitre
La dépression

Préambule :

Lorsqu'on doit faire face à une maladie, un certain nombre de questions surgissent inévitablement. Cette recherche permettra d'éclaircir certaines préoccupations, particulièrement en ce qui concerne la dépression. Il y'a dépression lorsque le sentiment d'être déprimé, triste, décourager de vie persiste ou prend d'avantage d'importance et finit par avoir des répercussions sur la vie social.

1. Historique de la dépression :

Les phénomènes dépressifs ont été connus depuis Hippocrate le terme de lui-même parait XIXe siècle, il est emprunté au latin pour désigner un passage du haut vers la bas, puis il est devenu un terme géographique, désignant l'abaissement, l'affaissement d'un terrain.

L'histoire de la dépression commence dans l'antiquité grecque, elle se caractérise par une douleur morale dont l'aspect le plus manifeste est la tristesse (ocedia) on trouve par suite le délire (mania), et la mélancolie considère comme la source la plus ancienne de la dépression. (A.Ehremberg, 1998, P.24).

L'emploi de terme « dépression »en psychopathologie ne date que de la seconde moitié de XIXe siècle, il faudra attendre le XXe pour qu'on le préfère au terme de « neurasthénie » correspondant à l'identité décrite par Beard à l'état unis en 1969, et présentée comme une « névrose de la vie moderne » en rapport avec le climat et le genre de vie.(E.Pewzner,2000,P88).

Au IXe siècle, Saint Jean Chrysostome parle de la « tristitia » comme effet du dérèglement et de la mollesse de l'âme sans troubles de l'entendement.

Rien na changé jusqu'à 17^e siècle. La dépression perd dans la mélancolie, l'hypocondrie, le « vapeur » (trouble nerveux) mais 1678 à bale, Johannes Hofer publier sa dissertation de nostalgie pour d'écrivez un état d'anxiété, insomnie, d'anorexie, de désespoir de rêveries douloureuses du pays : la « nostalgie » c'est le « mal du pays » forme atténué de souffrance dépressive. En 1733 George Cheyne invente le « spleen » (raye atrabilaire et amoriste de l'humeur).

Au XIXe siècle Esquirol (1818) reprend dans son texte sur le suicide le spleen et la nostalgie sont les considérer comme cause suffisantes, J, P, Falret (1822) développe l'aidée

d'une « faiblesse nerveuse » dérivant de la mélancolie, en 1869, l'apparition de la « neurochimie » établit l'existence de formes dépressives distinctes de la mélancolie.

En France Charcot utilisera largement ce concept et contribuera lui donner une assise scientifique Kraepelin, dans son classement de 1899 évoque, les formes de dépression citées précédemment et distinctes de la mélancolie. La notion de « dépression » (nom mélancolique) voit officiellement le jour.

Les successeurs de Kremlin définiront diverses formes : dans les années 20 on note l'apparition de formes dépressives distinctes de la mélancolie. (P. Armand, 2005, P.13, 14,15).

2. Définition de la dépression

On appelle la dépression un ensemble de syndromes qui ont en commun la présence simultanée de la plupart des manifestations suivantes : tristesse extrême et plongée, repli sur soi et perte d'intérêt pour ce qui intéressait auparavant la personne, vision négative et pessimiste de soi-même, souvent accompagnée d'idées de culpabilité et auto-accusation et troubles de l'attention et de la concentration sont fréquents.

A ces symptômes purement psychologiques, se surajoute assez souvent un ensemble de perturbations de la vie végétative qu'on appelle le syndrome somatique, et qui comprend des troubles de l'appétit et du sommeil, qu'un ralentissement psychomoteur, souvent accompagnés d'une fatigabilité importante. (D.Pelot, 2003, p 225).

2.1. Selon le dictionnaire de la psychologie :

La dépression est un état morbide, plus durable, caractérisé essentiellement, par la tristesse et une diminution du tonus de l'énergie, anxieuse, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie. (Sillamy, N, 2003, P79).

2.2. Selon le vocabulaire de la santé mentale :

La dépression est un trouble de l'humeur caractérisée par un état de tristesse pathologique, de douleur morale, de pessimisme, de dévalorisation de soi-même, de

désintérêt, d'anxiété associée à un ralentissement psychomoteur (bradypsychie, akinésie, aboulie ...). Il existe de nombreuses formes de dépression selon l'aspect clinique (intensité de l'anxiété, répondeur des symptômes somatique, voir masqué) ou selon l'étiologie (dépression psychogène, somatogène).

2.3. selon le dictionnaire de la psychanalyse :

« Modification profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse et de la souffrance morale, corrélative d'un désinvestissement de toute activité » (R.Chemama, 2003, P91-92).

La dépression, se présente comme une caractéristique de la nature humaine, depuis la tristesse passagère qui peut arriver à chacun de nous, jusqu'à la dépression profonde. En générale, la dépression peut se définir comme une situation de tristesse pathologique qui est accompagnée par une baisse considérable de sentiment de valeur personnelle et par la douloureuse prise de conscience du ralentissement des opérations mentales psychomotrice et organiques. (Robert&Lamontagne.1977), la dépression se définit surtout par ses manifestations psychologique comportementales, cognitive et biologique.

3. Les symptômes centraux de la dépression :

La nécessité de distinguer l'humeur dépressive normale, des symptômes dépressifs est particulièrement importante parce qu'elle a des conséquences graves sur la pratique, sur la psychothérapie et sur la psychopharmacologie. Les symptômes dépressifs sont souvent liés à des douleurs somatiques ou un déclin psychologique et social et peuvent constituer des réactions à des expériences personnelles par exemple : tristesse, deuil, à des situations sociales et économiques contrariantes par exemple (racisme, pauvreté) ou encore à des affections organiques.

Les personnes qui présentent des symptômes dépressifs ont souvent besoin d'une surveillance clinique, même si elles ne remplissent pas les critères d'un trouble dépressif. (G.Klefrtas, 2004, p20).

Pour pouvoir parler de dépression, donc de maladie, il faut que ces perturbations de l'humeur soient multiples et bien caractérisées :

-qu'elle manifeste de façon (quasi) permanente pendant une période supérieure à deux semaines.

-qu'elles entraînent une gêne importante dans un ou plusieurs domaines de la vie quotidienne (difficulté ou incapacité de se lever, d'aller à son travail, de sortir faire ses courses...).

3.1. Syndrome dépressif :

Le syndrome dépressif comprend un ensemble de symptômes dont deux sont essentiels car il suffit à poser le diagnostic : l'humeur dépressive et la perte de l'élan vital.

3.2. L'humeur dépressive :

L'humeur dépressive n'est pas une simple tristesse. Le pessimisme imprègne l'ensemble de la vie mentale du déprimé. Il existe une véritable douleur morale.

L'humeur dépressive s'exprime généralement sur le plan comportemental, notamment au niveau de la mimique, le faciès est triste. L'humeur dépressive ne se maintient généralement pas en permanence lors d'un état dépressif.

3.3. La perte de l'élan vital :

Elle comporte plusieurs dimensions :

-sur le plan moteur, le ralentissement touche globalement l'ensemble de la mobilité corporelle et notamment la démarche, la mimique, le débit verbal. La voix est monotone : le discours quantitativement pauvre... le ralentissement psychique se traduit par une altération des fonctions cognitives, plus particulièrement celle qui nécessite un effort.

-des informations au profit des données congruentes à une humeur.

-l'asthénie dépressive constitue également une gêne importante pour le malade contrairement à la simple fatigue, elle se caractérise par une dominance matinale (difficulté de se lever) et par le fait qu'elle n'est guère améliorée par le repos.

Enfin la notion de perte de l'élan vital montre comment le déprimé se révélait incapable de se projeter dans l'avenir et d'anticiper son futur.

4. Les symptômes non spécifiques :

Les symptômes somatiques sont assez variables selon les cultures. Dans les pays occidentaux dits développés, ils sont largement dominés par l'anorexie et ses conséquences :

Perte de poids,...etc. Les autres symptômes somatiques ont une importance moindre :

Hypotension, bradycardie, tendance lipothimique.

Les troubles sexuelles, dont le déterminisme paraît plus complexe car très lié à la perte de l'élan vital sont très fréquents : diminution du désir, impuissance, frigidité.

Certains type de douleurs sont également souvent observé (céphalées...) leur rapport avec la dépression actuellement reste mal expliqué.

5. Les symptômes de la dépression :

La dépression entraîne un « ralentissement » dans tous les registres de la vie quotidienne. L'état dépressif se caractérise par des symptômes psychiques, comportementaux, physique.

5.1. Les symptômes psychiques :

Certains symptômes psychiques sont fréquemment associés au syndrome dépressif :

- un ralentissement psychique est douloureusement ressenti par la personne qui n'arrive pas à penser d'une manière claire c'est-à-dire avoir une pensée limitée, la difficulté à réaliser ou à exprimer. Ces manifestations sont considérées comme dépressives lorsqu'ils ne sont pas provoqués par un trouble somatique ou un autre trouble psychique. Il peut s'agir de différents niveaux : (J-LPedielli & A. Bernoussi, 2005. P.26).
- **un certain degré d'irritabilité et d'impulsivité** : le sujet peut devenir impulsif, irritable, violent, hostile. Ces signes peuvent apparaître avant les premières manifestations dépressives.
- **Tristesse intense** : l'humeur dépressif est un des symptômes clé de la dépression et s'apparente à une tristesse intense. Ce sentiment de tristesse devient le filtre par lequel le dépressif voit le monde : il rumine échec et frustration.
- **perte de plaisir et d'intérêt** : la personne déprimée ne ressent plus de plaisir (anhédonie) à la réalisation d'activités considérées comme autrefois plaisantes et agréables. De même, l'intérêt pour son apparence physique peut s'estomper, le dépressif se « laisse aller ».
- **dévalorisation et culpabilité** : le sentiment de dévalorisation peut être intense. Ce sentiment est souvent accompagné d'une culpabilité liée à la dépression elle-même.
- **isolement et pleure** : le dépressif devient soit indifférent à son entourage, soit irritable et colérique. Les sentiments de tristesse, d'ennui donnent au dépressif une impression qu'il n'est plus utile à rien. Un sentiment aggravé parfois par l'incompréhension des proches,

qui peut l'amener à s'isoler progressivement. Les pleurs peuvent être fréquents et difficilement contrôlables.

-**l'anxiété** : une dimension anxieuse est associée à un bon nombre d'états dépressifs.

L'anxiété est un symptôme fréquent en cas de dépression. Une peur sans cause évidente s'exprime aussi bien dans le corps (boule dans la gorge, gêne pour respirer). Que dans la tête (peur « flottante », ruminations....).

-**hypersensibilité émotionnelle** : les personnes réagissent avec une grande sensibilité aux situations de la vie quotidienne elles peuvent avoir l'impression d'être vides, de ne plus éprouver d'émotion. (INPES, « *La dépression en savoir plus pour en sortir* ». Ibid. P13).

5.2. les symptômes comportementaux :

Excitation, le faciès est triste, la position du corps exprime le découragement. En plus ralentissement psychomoteur, pensées et discours lents, pleurs, tentatives de suicide.

- **sensation de fatigue et perte d'énergie** : les dépressifs se sentent souvent très fatigués. Ils s'accompagnent d'un manque d'énergie, ils ont une difficulté à commencer une activité et souvent ne peuvent pas la terminer.

- **Excitation** : les personnes dépressives présentent une agitation excessive, un événement, ils bougent constamment ils remuent leurs mains ces activités n'offrent aucun soulagement.

- **diminution du désir sexuel** : la perte de l'intérêt pour l'activité sexuelle, pour les cas des hommes on parle du trouble de l'érection, il est lié à l'épuisement et à la perte générale du plaisir pour les activités habituelles qui caractérisent les dépressifs. (G. Kleftras, P. 32)

5.3. les symptômes qui sont en rapport avec les attitudes envers soi-même et l'environnement :

Auto-accusation, faible estime de soi, sentiment de lassitude, de désespoir, pessimisme, idée de mort et de suicide.

5.4. les symptômes d'affaiblissement cognitif :

- diminution de l'appétit à penser et difficulté de concentration.

- **les idées de mort et de suicide** : les dépressifs représentent des idées récurrentes de mort et de suicide : ils disent souvent : « je n'ai pas de raison de vivre », « je voudrais être mort ». Le suicide constitue la complication la plus dangereuse de la dépression, beaucoup de ceux qui essaient de se suicider parlent de leurs intentions avant de le passage à l'acte.

-**le ralentissement intellectuel** : un dépressif devient difficile de réfléchir, d'avoir l'impression que la tête est vide, que le monde est devenu trop compliqué, il faut faire un effort pour accomplir des tâches jusqu'alors, s'effectuaient naturellement, sans y penser.

-**diminution de l'attention, de la concentration et de la mémoire** : fixer son attention, ne pas se laisser distraire, retenir ce qu'on vient de lire....etc. ces tâches deviennent très difficiles à accomplir lorsque l'on souffre de dépression.

5.5.les symptômes physiques :

La dépression peut s'accompagner de douleurs (maux de tête, souffrance dans les articulations problèmes digestifs....etc.) et de dérèglements de certains indicateurs ou fonctions du corps (tension artérielle, perturbation ou interruption des règles....).

On peut conclure que les conséquences de ces symptômes dépressifs sur le fonctionnement quotidien de la personne sont considérable, toutes les relations sont affectées : au sein du couple et de la famille, avec les amis, dans le milieu professionnel.

6. les formes de la dépression :

Il n'existe pas une mais plusieurs formes de dépression. Chaque type à ses spécificités, ses facteurs de risque et ses traitements tout d'horizon des différents syndromes dépressifs, chaque forme de dépression touche des personnes différentes et nécessite un traitement adapté.

6.1.La forme mélancolique :

Il s'agit d'une dépression où l'intensité est très importante, dans cette forme de dépression les signes sont poussés à l'extrême. Elles peuvent parfois être accompagnée d'un véritable délire avec des hallucinations auditives, le délire le plus classique dans les dépressions mélancolique est le syndrome de (cotard) qui associe des thèmes de négation d'organe (« je n'ai plus d'estomac »), de négation de soi, de négation du monde, d'immortalité (« je vais vivre éternellement pour souffrir »).

On distingue classiquement à partir de KRAEPELIN :

- la mélancolie délirante : on retrouve dans cette forme des idées délirantes, des constructions imaginaires avec des thèmes de culpabilité, des idées hypocondriaques et même des idées de persécution dont le malade reconnaît le bien-fondé.

La mélancolie anxieuse : c'est la forme dont la personne développe des comportements d'agitation des débordements émotionnels, un risque de suicide chargé de potentialité par l'anxiété.

- La mélancolie stuporeuse : l'inhibition de l'activité motrice et de la mimique, interrompue toutefois par des brusques passages à l'acte.
- La mélancolie simple : la symptomatologie est diminuée mais dans laquelle manifestent des signes spécifiques : ralentissement, perte des intérêts et du dégoût de vivre, insomnie,...etc. (J-L Pedinielli & A. Bernoussi.P.37).
- la dépression saisonnière :
- La dépression saisonnière est un trouble dépressif récurrent. Les épisodes dépressives surviennent de façon répétitive en automne et hiver, généralement les épisodes débutent à l'hiver et guérissent spontanément au printemps qui soit entre les mois de septembre et de mars, il se caractérise par l'absence d'énergie.
- Notons que la dépression saisonnière est sous diagnostiquée par les généralistes et souvent confondue avec une dépression classique et cela explique en particulier le piège la consommation saisonnière d'antidépresseur.

6.2. trouble bipolaire ou maniaco-dépressive :

- Des épisodes dépressifs peuvent aussi survenir dans le cadre d'un trouble de l'humeur appelé trouble bipolaire ou maniaco-dépressive.
- Dans ce cadre l'épisode dépressif peut précéder ou suivre un « épisode maniaque » période de surexcitation et d'euphorie excessive qui est une forme « inversée » de la dépression.
- Au cours de cet épisode, le ralentissement dépressif est remplacé par de l'excitation et de l'agitation, le pessimisme et la tristesse font place à un optimisme irréaliste. La personne est envahie par un besoin excessif de parler, de bouger.
- La personne ne ressent plus le besoin de dormir et peut dans certains cas avoir des idées délirantes, des attitudes déplacées susceptibles d'entraîner des dégâts considérables pouvant persister même après la guérison.(www.psymunich.porumactif.org/t13).

6.3. dépression réactionnelle :

- La dépression réactionnelle (ou psychogène) est un trouble fréquent « déclenché » par un évènement spécifique ou par l'accumulation d'une tension psychique.
- Au cours de telle dépression, on constate une humeur triste, morose avec des pleurs fréquents. Cette humeur est souvent aggravée en fin de journée.

- La tristesse est sensible aux stimulations de l'entourage dans cette forme de dépression on constate souvent une dévalorisation de soi, manque de confiance, une grande anxiété, une fatigue permanente et un sentiment d'inutilité de tout, le sujet est habituel d'avoir des conduites d'échec.

7. les causes de la dépression :

- Une seule raison ne suffit pas à provoquer une dépression, souvent différents facteurs contribuent.
- Il n'existe pas de cause bien définie expliquant pourquoi une personne devienne dépressive. Dans certains cas aucune raison apparente n'est à l'origine de la dépression, alors que dans d'autres elle peut être provoquée par un événement spécifique ou stressant.
- L'origine exacte de la dépression n'ait pas été clairement décelée, les recherches ont démontrés qu'elle pourrait être due, dans de nombreux cas, à une déficience ou un déséquilibre de la sérotonine, substance chimique se trouvant dans le cerveau.

7.1. les facteurs biologiques :

- La survenue des symptômes de la dépression est liée à une perturbation du fonctionnement cérébral. C'est bien le fonctionnement du cerveau qui est atteint, non sa structure.
- Cette distinction est importante car elle permet de bien comprendre que cette maladie peut être réversible.
- Ce dysfonctionnement du cerveau se traduit notamment par des anomalies dans la fabrication, la transmission et la régulation de certaines substances chimiques (neuromédiateurs).
- Mais il est difficile de savoir si ces anomalies sont la cause initiale ou bien la conséquence de la dépression, la correction et la restauration du bon fonctionnement des neuromédiateurs sont indispensable, c'est la principale fonction des médicaments antidépresseur.

7.2.les facteurs psychologiques :

- Les mécanismes psychologiques particuliers sont également de perte, conflit moraux, croyances négatives, mauvaise estime de soi.

- Certains de ces mécanismes trouvent leurs origine dans l'enfance (le plus en moins bonne qualité des premières relations avec les parents, premières expérience associées à un sentiment de perte, de solitude, d'impuissance, de culpabilité ou de honte...etc.), d'autres peuvent être liés à des éléments plus actuels (traumatisme, deuils liés a la perte d'une image de soi).
- Certains styles de comportement (sur les plans intellectuel, émotionnel, relationnel), ainsi que certains modes de défense psychologiques peuvent favoriser l'émergence et le maintien d'une dépression. Ainsi, certaines personnes souffrant de dépression expriment des croyances négatives ou n'envisagent que des perspectives pessimistes, à la fois pour le monde qui les entoure et pour elles-mêmes.

7.3. Les facteurs liés à l'environnement social et familial :

- Certains événements de la vie très perturbants ou un stress excessif et permanent peuvent favoriser l'apparition d'une dépression. Par exemple, la mort d'un être cher, la perte d'un travail, une rupture affective, des conflits familiaux ou sociaux, une maladie...etc.
- En plus des facteurs précipitant et des facteurs de risque, la présence ou l'absence de facteurs de protection dans l'environnement de la personne peut aussi jouer un rôle. Par des activités personnelles intéressantes peuvent protéger de la dépression ou favoriser la guérison. A l'inverse, l'absence de ces facteurs peut faciliter l'apparition de la dépression. (www.psymunich.porumactif.org/t13)

8. Les différentes approches de la dépression :

8.1. La dépression selon les psychanalystes :

Pendant longtemps, la psychanalyse a porté peu d'intérêt aux aspects pathologiques de la dépression, l'attention étant retenue ailleurs par des symptômes moins complexes et fréquemment retrouvés dans les névroses, tels que l'anxiété, les phobies et les obsessions.

Depuis 1911 et à la suite d'Abraham qui, le premier, le sujet, on a assisté au développement d'une compréhension dynamique des états normaux de chagrin, de dépression, de deuil et de la douleur.

Deuil et mélancolie de **S.FREUD** (1915) : la dépression est sous tendue par une perte et un processus de deuil à élaborer. L'écrit de Freud (deuil et mélancolie) daté de 1915

n'explique pas la mélancolie. Cette comparaison débute par une affirmation selon laquelle le deuil est une « réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place : la partie, la liberté, un idéal », de ce fait « la douleur est la réaction propre à la perte d'objet ».

Ainsi, il est difficile pour le Moi de faire détacher d'un objet massivement investi par la libido cette même composante. La disparition de l'objet investi entraînera une réaction de repli, de solitude et d'anéantissement. (J.Pedinielli&A. Bernoussi, 2005, P.78)

Selon Freud la dépression est assimilable à une perte d'objet, il est vrai que rien ne ressemble plus à une dépression qu'un état de deuil. Le déprimé éprouve outre la tristesse un sentiment de culpabilité qui exprimerait la tyrannie du surmoi (instance morale) consécutivement à l'interjection destructive de l'objet d'amour. Ainsi pouvaient s'expliquer l'auto-agressivité et le risque suicidaire. (www.etatdepressif.com, 21/01/2013, 18h.57mn).

Mélanie Klein « la position dépressive » : elle introduit la notion de position schizo-paranoïde à laquelle succède la position dépressive. Il est probable que le deuil vécu par M. Klein du à la mort accidentelle de son fils (1934) a favorisé la découverte et l'exploration de la « position dépressive ».

Dans la « position dépressive », le nourrisson, tout en structurant et organisant son moi, va se trouver dans une double confrontation, d'une part, la conquête et l'identification à un objet idéal et, d'autre part, la menace d'un mauvais objet pour lui-même et son objet idéal. L'importance de cette évolution est soulignée par M. Klein : « d'une relation à un objet partiel, on passe de la relation à un objet complet. En franchissant cette étape, le moi atteint une nouvelle position, qui donne son assise à la situation que l'on appelle perte de l'objet. En effet, la perte de l'objet ne peut être ressentie comme une perte totale avant que celui-ci ne soit aimé comme un objet total ».

La différence fondamentale entre le deuil normal et le deuil pathologique réside dans le fait que celui qui rate le travail de deuil n'a pas pu établir lors de sa première enfance ses bons objets internes et ne peut se sentir en sécurité dans son monde intérieur. La position dépressive n'est pas surmontée induisant une absence d'établissement de bons objets dans le monde interne du sujet.

C'est la mélancolie qui pour M. Klein est une fixation à l'érotisme oral en référence à K.Abraham, qui représente un non dépassement de cette position dépressive. Le sentiment

d'avoir perdu l'objet ou ses aspects, couplés à la résignation intérieure, marque le point de départ de l'affect dépressif et l'installation à long terme d'une sensibilité dépressive.

Complètent les conceptions freudiennes, M. Klein montre que toute douleur provoquée par une expérience traumatisante et engageante psychiquement et émotionnellement réactive la position dépressive.

Nombre d'auteurs utiliseront les concepts Kleiniens pour penser le deuil et la dépression. Se fondant sur Klein, Bibring, par exemple, pense que la dépression comme l'anxiété proviennent des réactions de base du Moi.

Le déprimé via son Moi est incapable d'affronter la crise. Par crise, il faut entendre la perte potentielle de l'objet et par traumatisme la perte de l'objet.

L'état de détresse sera donc un état durable de perte d'objet. Le sujet revit un stade du Moi mais caractérisé par l'impuissance de le décoder et de l'intégrer. Le sujet se retrouve dans un état structural du Moi, un état de détresse vécu et ressenti en situation infantile. (J. Pedinielli & A. Bernoussi, 2005, P.84, P.88-89).

8.2. La dépression selon la théorie comportementale :

Les comportementalistes, tel Teasdale, pensent que l'individu déprimé s'est trouvé brusquement confronté à des stimuli réactivant un événement douloureux connu dans le passé. La dimension sociale de la dépression a été étudiée par les comportementalistes.

Le déclenchement de la crise dépressive est rattaché à la modification du régime pulsionnel et défensif. Cette modification équivaut à une détérioration de la relation du sujet à l'objet ou à son image. La crise dépressive serait la suite logique à cette perte de représentation et d'intégration de l'amour porté à l'objet.

Les événements susceptibles de déclencher un état dépressif sont, en dehors du deuil, de l'échec d'une relation ou des relations de solitude ou d'exil, considérés comme des facteurs prédisposant. Akiskal les nomme « tresseurs psychosociaux ». Ces événements prennent l'apparat de marqueur temporel.

Ces marqueurs déclenchant peuvent aussi être à l'origine d'une dépression dite réactionnelle définie comme un « un syndrome dépressif, lorsqu'il apparaît en liaison causale étroite avec un événement psychologique traumatisant, qu'il a une durée relativement courte,

et lorsque les préoccupations du sujet restent centrées sur la cause psychologique qui a motivé l'état dépressif ». Le tableau clinique de cette dépression s'illustre par l'asthénie, la tristesse, la sensation de se vider, l'auto reproche et l'anxiété.

8.3. La dépression selon la théorie cognitive

Cette théorie est développée par le psychiatre américain Aaron Beck qui décrit le sujet dépressif comme possédant des schémas cognitifs qui dysfonctionnent. C'est un héritage de son enfance. C'est une fragilité prédisposant l'enfant à un type futur de représentations et de réactions provoquant inmanquablement un traitement non-conforme et négatif des informations.

Par conséquent l'inadéquation entre ce qui est prévu et ce qui est ressenti est interprété de manière erronée et négative par le sujet. La dépression serait en fait un mauvais traitement de l'information, une mauvaise résolution d'équations affectives environnementales et interpersonnelles. Le sujet dépressif se « maltraite » en traitant l'information de manière erronée.

Le sujet dépressif a des pensées négatives répétitives qui tendent vers l'automatisation débouchant sur des images mentales imprégnées de ces schémas dépressogènes. Le discours intérieur du dépressif est un mélange de pessimisme et de pensées noires construit sur des représentations et images mentales perturbatrices par leurs aspects lugubre et sans espoir.

Selon Beck, ces images et représentations se définissent par une trilogie : le sujet, son environnement et son avenir. Le sujet tout d'abord se perçoit et s'estime comme inconsistant, incapable et sans valeur (« je ne vauds rien »), de là son milieu socioprofessionnel et familial lui paraît incompréhensible et loin de ses préoccupations présentes (« tout va mal »), quant à ses projets et leurs constructions sont dans une impasse insurmontable (« le futur est sans espoir »). ((J.Pedinielli&A. Bernoussi, 2005, P117, 118).

8.4. La dépression selon les théories pharmacologiques :

Plusieurs constats cliniques laissent supposer l'existence potentielle de facteurs biologiques à l'origine du déclenchement des troubles dépressifs. Notamment, les auteurs s'appuient sur le déclenchement parfois inexplicable de ces troubles au regard de facteurs psychologiques ou situationnels, sur la régularité des rechutes, sur l'occurrence des symptômes suite à un traitement médicamenteux ou à des maladies impliquant le système endocrinien, ou encor sur l'amélioration de l'humeur observée a la prise d'antidépresseurs.

Parmi les nombreuses théories explicatives existantes, celles étant à ce jour le mieux étayées impliquent des perturbations au niveau de la transmission chimique. En particulier, deux neurotransmetteurs impliqués dans la fonction thymique seraient présents en nombre insuffisant, la sérotonine et la noradrénaline. Deux hypothèses ont été formulées pour expliquer cette insuffisance. Tandis que la première implique une perturbation de l'activité des neurotransmetteurs, la seconde évoque une anomalie au niveau des récepteurs post-synaptiques.

Notons cependant que les études ne permettent actuellement pas de déterminer les perturbations observées au niveau de ces neurotransmetteurs constituent une cause ou une conséquence de l'humeur dépressive. Néanmoins, les traitements pharmacologiques prescrits semblent avoir un effet sur l'humeur. (J.Ledrich, 2011, P.28).

9. Implications pour le diagnostic :

La conception des troubles de l'humeur adoptée correspond à un véritable enjeu. En effet, dernière cette question se pose celle du diagnostic. A ce jour, deux classifications sont couramment utilisées par les chercheurs et praticiens : la classification internationale des maladies (CIM) et le Diagnostic and Statistical Manual (DSM). Toutes deux privilégient une approche catégorielle des maladies. La CIM est actuellement éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et regroupe l'ensemble des troubles somatiques et psychiques. La 10^{ème} édition de cette classification, la CIM-10, code par exemple l'épisode dépressif F32, qu'elle distingue du trouble dysthymique (F34-1). Voici un exemple de la façon dont la catégorisation est effectuée :

F= Catégorie « Trouble mentaux et du comportement »

3= Sous-catégorie « Trouble de l'humeur »

2= Sous-catégorie « Episode dépressif »

En particulier, elle propose une graduation de la gravité de la dépression en fonction du nombre et du type de symptômes présents. Cette graduation résulte en plusieurs catégories de dépression, les épisodes dépressifs légers, moyens, sévères sans symptômes psychotiques et sévères avec symptômes psychotiques. Elle distingue ainsi les dépressions de types névrotiques de celles de type psychotique.

On distingue les troubles dépressifs des troubles bipolaires. Les troubles bipolaires regroupent les troubles bipolaires I et II, dont le diagnostic nécessite la présence d'épisodes dépressifs,

maniaques, hypomaniaque ou mixtes, ainsi que les troubles cyclothymiques ne remplissant pas les conditions diagnostiques précédentes et s'installant davantage dans le temps.

Les troubles dépressifs peuvent prendre la forme d'un trouble dépressif majeur, également appelé trouble dépressif unipolaire, ou d'un trouble dysthémique. Tandis que le premier nécessite la présence d'un épisode dépressif, c'est-à-dire au moins cinq des neuf symptômes présentés ci-dessous pendant au moins deux semaines, le second est moins sévère (présence de deux symptômes parmi six) et plus chronique. L'encadré 1 présente les critères actuellement en vigueur dans le diagnostic de l'épisode dépressif majeur.

9.1. Critères diagnostics de l'épisode dépressif majeur issus du DSM-IV-TR (APA, 2003).

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

(1) humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours

(2) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours

(3) perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tout les jours

(4) insomnie ou hypersomnie presque tous les jours

(5) agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous le jour

(6) fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours

(7) sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inapproprié presque tous les jours

(8) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours

(9) pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider

B. les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte

C. les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

D. les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale

E. les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil. (Ibid., P18).

10. Les traitements :

10.1. Les traitements médicamenteux :

Toutes les molécules antidépressives présentent une efficacité comparable. Le risque d'accumulation de ces produits et de leurs métabolites expose toute fois le sujet à des effets indésirables plus fréquents et plus marqués. Le choix de la molécule est fonction de son profil pharmacologique, de ses effets adverses et de sa tolérance. La prescription d'un sérotoninergique, en première intention est rendue aisée par l'absence d'effets anti cholinergiques et parce qu'ils n'exposent pas au risque d'hypotension orthostatique des tricycliques par contre les effets secondaire sont digestives (nausées, anorexie...).

Les sensations d'irritabilité, les tremblements, l'agitation et l'insomnie sont également à surveiller. Leur effets indésirables sont bien connu : la sécheresse buccale, constipation, rétention urinaire sur obstacle, hypotension,...

10.2. La sismothérapie :

La cure de sismothérapie, ou d'électrocon-vulsivothérapie. est indiquée dans les formes mélancolique on dans les formes avec repli engendrant une réduction alimentaire marquer, par un choc électrique de faible ampérage, une crise comitiale généralisée, la manœuvre étant répétée tons les deux jours.

L'efficacité est généralement obtenue après une série de 3 à 9 chocs électriques. On estime que la guérison est consolidée après une série totale de 12 chocs. Ce traitement présente un intérêt incontestable du fait de sa rapidité d'action et de la fréquence des tableaux compliqués chez les sujets âgés. Il peut être aussi indiqué en cas de résistance à plusieurs traitements anti dépresseurs bien conduits. Il expose surtout au risque de syndrome confusionnel postcritique, plus élevé que chez les sujets jeunes.

Selon l'avis du spécialiste, la sismothérapie seule ou en cas de résistance au traitement et plus spécialement pour les dépressions avec des idées délirantes, l'adynamie marquée, l'agitation importante.

10.3. Autres types de prise en charge :

10.3.1. Stratégies psychosociales :

La mise en place d'aide à domicile d'incitation à une participation social familiale on de voisinage font perte de la stratégie thérapeutique.

L'efficacité de ce type de socialisation a été évaluée en termes de santé objective et subjective, mais insuffisamment en ce qui concerne spécifiquement la dépression.

10.3.2. Les prises en charges psychothérapeutiques :

Elles ont démontrées leur efficacité, mais sont rarement mises en place. Les indications sont les mêmes que chez l'adulte : elles sont à proposer en cas d'échec du traitement chimiothérapique, en cas de contre-indication de ces traitements, au en cas d'effets secondaires trop importants. Les indications préférentielles sont les états dépressifs légers à modérés.

Cependant, associées aux traitements chimiques elles en améliorent le résultat, surtout en prévenant les récurrences.

Pour leur mise en place elle nécessite l'adhésion de la personne et quelques fois de son entourage familiale. Les techniques psychothérapeutiques les plus utilisées sont les thérapies de soutien, qui sont basées sur une relation de confiance à partir d'une vision réaliste des objectifs à atteindre et des possibilités. Cette approche peut aider le patient à accepter la diminution de ses capacités liées à l'âge.

Elles sont surtout centrées sur « l'ici et maintenant » dans un but pragmatique et pour aider la personne à faire face aux difficultés actuelles. Elles donnent des informations sur le fonctionnement dépressif, aident la personne à reconnaître et accepter le fait douloureux. L'objectif est la modification des symptômes et des conduites. Il faut souligner l'intérêt des psychothérapies cognitives, basées sur le principe des idées négatives vis-à-vis de soi même, du monde environnant ou du futur.

Le thérapeute identifie avec le patient les situations responsables de sentiment négatif et dépressif et l'aide à y substituer des pensées positives réalistes, tout en reconnaissant l'authenticité de l'affect dépressif. la qualité de la relation médecin-patient est essentiel au succès de la prise en charge.

La voie est étroite pour le patient entre une médicalisation excessive de la dépression et la banalisation de la prise de psychotrope.

10.4. Objectifs du traitement :

La modification des symptômes et des conduites :

- restaurer l'humeur
- retrouver un sommeil de qualité
- reprendre des activités sociales et améliorer la qualité de la vie.
- Faire à nouveau les projets
- Mais aussi diminuer les coûts de santé et de moralité.

Ou plus simplement :

- diminuer les symptômes de la dépression
- réduire le risque de rechute
- prévenir le raptus suicidaire. (corpus de Gériatrie,(2000), les états dépressifs du sujet)

Synthèse:

Le phénomène de dépression exposera un certain nombre de débats toujours en vigueur, concernant notamment la délimitation ainsi que les facteurs étiologiques et le maintien de symptômes dépressifs.

Plusieurs cognitions seront ainsi présentées et replacées dans leur contexte théorique d'origine.

Le deuxième chapitre
Le fonctionnement
cognitif chez le
dépressif

Section I : le fonctionnement cognitif

Préambule

La pensée dépressive s'enracinerait dans une structure cognitive profonde, qui trouve sa traduction superficielle dans les erreurs logiques. Leur dominateur commun est de produire des interprétations exagérément lugubres de l'expérience vécue. Ces structures sont activées par des événements (pertes, deuils, échecs, rejets, séparations, etc.) Et aboutissent à des pensées négatives.

1. aperçu historique :

Le concept de schéma existe depuis 1932 avec les travaux de Bartlett. Il a été fortement utilisé dans la théorie de Piaget, dans laquelle le schéma représente un construit central sur le développement des connaissances chez l'enfant, représentant une structure ou un processus dirigeant le traitement de l'information et l'acquisition des connaissances.

Dans des années 70, le développement de la psychologie cognitive a intégré le concept de schéma pour expliquer le fonctionnement de la mémoire à long terme, notamment après les travaux de Neisser (1976). Les chercheurs cliniciens et théoriciens travaillant en psychologie clinique ont également utilisé la notion de schéma ou de structures équivalentes à partir de cette époque, car ce concept propose une façon de comprendre et d'intégrer l'ensemble des comportements, des cognitions et des réactions physiques et émotionnelles, formant les tous les autres qui se sont intéressés à la thérapie cognitive sont d'accord pour reconnaître le cadre théorique de schéma dysfonctionnel dans la genèse des troubles émotionnels. Ce qui différencie les auteurs, ce sont plutôt les stratégies thérapeutiques. (J.Ledrich,2011,P47).

2. définition le terme cognition :

La cognition est l'acte de connaissance elle consiste donc en l'acquisition, l'organisation et l'utilisation du savoir sur soi et le monde extérieur, la psychologie cognitive est l'étude de l'activité mentale dans ses relations avec la perception, les pensées et l'action.

Les phénomènes mentaux conscients et inconscients qui permettent à l'individu de s'adapter aux *stimuli* internes et externes représentent son champ d'étude. Elle se centre sur les processus mentaux les plus élaborés : la pensée, la prise de décision, la perception et la mémoire.

En particulier, la psychologie cognitive étudie le traitement de l'information. Celle-ci s'effectue par l'intermédiaire de schémas mentaux inconscients situés dans la mémoire à long

terme. Les schémas sont des entités organisées qui contiennent à un moment donné tout le savoir d'un individu sur lui-même et le monde : ils guident l'attention, et la perception sélective des stimuli environnementaux. Les schémas peuvent être définis comme des représentations organisées de l'expérience préalable qui facilitent le rappel des souvenirs. Mais en même temps, ils entraînent des déformations systématiques de la perception, de l'attention, et assimilent les nouvelles constructions mentales en les rendant compatibles à celles qui existent déjà. Ils représentent donc le poids du passé sur l'avenir de l'individu. (J.Cottraux, 2001, p5).

3. Origine et genèse des schémas cognitifs :

Les propos de Beck sont très limités quand aux explications sur la genèse des schémas. Il propose simplement que les schémas dysfonctionnels se construisent très tôt dans la vie par rapport à des événements de vie auxquels les individus sont confrontés, et s'élaboreraient par sur-apprentissage au fil des expériences de la vie de l'individu. Beck (1985) suppose qu'à l'origine, les premiers événements sont interprétés automatiquement par la structure cognitive qui est en place de manière innée, et tendent à modifier celle-ci. Ensuite, l'élaboration des propositions (croyances) qui se déroulera tout au long de la vie, se fera au moyen de l'apprentissage par imitation de modèles, par la transmission d'information, ou par l'intégration d'informations de l'environnement. Les schémas seront ainsi présents en mémoire à long terme de façon organisée, pré-établie au gré des expériences et des apprentissages. C'est ainsi, en fonction de l'interaction entre les éléments neurochimiques, éthologiques et environnementaux, que chaque individu va développer au cours de sa vie des schémas représentant l'information concernant les conséquences probables d'un événement et la façon d'y faire face.

Young (Young et Klosko, 1995) s'est intéressé plus finement à la construction des schémas inadaptés. Il propose que ce type de schéma prenne sa source dans l'enfance, et influence le fonctionnement cognitif tout au long de la vie. Il est issu de tout ce que la famille et les jeunes amis ont pu nous faire subir : l'abandon, la critique, la surprotection, l'abus, le rejet de l'entourage, les privations, et tout ce qui a pu entraîner un traumatisme. Un certain nombre de facteurs contribue à la formation du schéma ; les traits de caractères innés (timidité, passivité, restriction émotionnelle, appréhension, sensibilité), l'entourage proche (amis...) et le milieu de vie. Ce dernier point est le facteur le plus important pour Young, car il façonne et exerce une influence considérable. La famille en constitue l'élément le plus significatif. La dynamique familiale façonne le premier univers des patients. La réactivation d'un schéma dysfonctionner

Chapitre II : le fonctionnement cognitif chez le dépressif

correspond souvent à la reconstitution d'un drame familial de l'enfance. C'est ainsi que la surprotection, la violence, les querelles, le rejet... sont des fonctionnements familiaux problématiques. En 1995, Young définissait 11 schémas précoces inadaptés : l'abandon, la méfiance et l'abus, la vulnérabilité, la dépendance, la carence affective, l'exclusion, l'imperfection, l'échec, l'assujettissement, les exigences élevées, la sensation que tout est dû. Le nombre de schémas proposés a ensuite changé selon ses écrits (jusqu'à 18 schémas). Quoi qu'il en soit, une fois installé, le schéma exerce son influence sur la façon de penser et d'agir, et sur les relations interpersonnelles. Le schéma cognitif aide à se sentir en sécurité, c'est à dire que le schéma permet de donner du sens à ce que l'on perçoit, à ce que l'on ressent, à savoir qui nous sommes, et de quoi le monde est fait. C'est pourquoi il est tout à fait possible de vivre et fonctionner avec un schéma dysfonctionnel, qui au bout du compte est source de souffrance. Le problème de ce schéma est qu'il contient des certitudes acquises dans l'enfance, cohérentes, familières, rassurantes pour l'individu (par exemple : « c'est normal de se faire battre par son mari »).

3.1. La définition des schèmes cognitifs :

Les structures cognitives sont des entités organisées qui contiennent à un moment donné tout le savoir d'un individu sur lui-même et le monde.

Elles sont constituées de schémas qui guident l'attention sélective et la perception.

Les schémas peuvent être définis comme des représentations non spécifiques mais organisées de l'expérience préalable qui facilitent le rappel mnésique, mais en même temps entraînent des distorsions systématiques des nouvelles constructions mentales.

Cette définition peut être rapproché de celle de Piaget (1964) pour qui ; un schéma est une structure ou un processus qui sous-tend le comportement sensori-moteur et les activités mentales complexes et explique l'organisation et la régularité des actes. Si l'on peut opposer un traitement de l'information inconscient, les schémas représentent l'unité de base de la cognition inconsciente (M.Blackburn&J.Couttraux, 2008, P.24, 25).

L'hypothèse centrale est que les sujets dépressifs présentent des schémas cognitifs, inconscients, situés dans la mémoire à long terme. Qui filtrent l'information en ne retenant que les aspects négatifs de l'expérience vécue. Les schémas contiennent un ensemble de règles inflexibles ou « postulat silencieux » qui se présentent sous une forme impérative ; par exemple « je dois tout le temps et toujours tout réussir » ; « je dois tout le temps et toujours être aimé de tout le monde ». Ces postulats sont implicites, rarement conscients, et guident les jugements que le sujet porte sur

lui-même. La perte de l'estime de soi, le pessimisme, le désespoir irréaliste et l'apparition de rêves lugubre ne sont que la traduction clinique de la perturbation du traitement de l'information par les schémas. (J.Cottraux, 2001, P.50).

3.1. Les caractéristiques des schémas cognitifs :

- les schémas ont une forme verbale impérative.
- Ils sont regroupés en constellations et en modes stables.
- Ils sont stockés dans la mémoire à long terme.
- Leur fonctionnement est inconscient.
- Ils sont latents et silencieux mais activable.
- Ce sont des anticipations : ils marquent l'action du passé sur le présent.
- Ils traitent automatiquement l'information.
- Ils sont acquis au cours d'expérience précoces.
- Ils sont résultent de l'interaction entre apprentissage et contrainte du système nerveux central, et sont couplés probablement avec des structures neuronales.

Le passage des schémas (structures profondes) vers les événements cognitifs (structures superficielles) se fait par l'intermédiaire des processus cognitifs dont la distorsion traduit une perturbation profonde et stable des mécanismes de la pensée logique. Plusieurs types d'erreurs logiques, ou distorsions cognitives, ont été décrits dans les états dépressifs :

- L'inférence arbitraire. Elle représente l'erreur logique la plus fréquente et plus générale. Elle consiste à tirer des conclusions sans faites sur la base d'informations inadéquates. Il s'agit de réponses stéréotypées aux situations à partir d'un postulat de base ;
- L'abstraction sélective. Elle consiste à se centrer sur un détail hors du contexte de sorte que la formation et la signification globale de la situation ne sont pas perçues ;
- La sur généralisation. A partir d'un seul incident, le sujet va étendre à toutes les situations possibles une expérience malheureuse isolés ;
- La magnification et la minimisation. Elle consiste à attribuer une plus grande valeur aux échecs aux événements négatifs et à des dévaloriser les réussites et les situations heureuses ;
- La personnalisation. Elle consiste à surestimer les relations entre les événements défavorables et l'individu. Tout ce qui peut avoir trait à la vulnérabilité individuelle, l'échec, l'incapacité,...etc.

- La pensée dépressive. L'ensemble de ces distorsions, et en particulier l'inférence arbitraire, se traduit en clinique par les événements cognitifs qui sont marqués par un style de pensée dichotomique. Le sujet s'enferme dans l'alternative du tout ou rien, et se soumet à un ensemble d'impératifs catégorique, particulièrement tyrannique. (op.cit, P.51, 52).

4. les processus cognitifs :

L'existence de processus cognitifs ou opérations cognitives a été postulée pour expliquer comment les structures cognitives profondes : les événements. Les structures de surface représentent ce qui est dit penser et imaginé, les structures profondes correspondent aux systèmes de signification qui sous-tendent l'auto verbalisations, les pensées et les images mentales que le sujet peut observer en focalisant son attention.

La psychologie cognitive a décrit des processus tel que l'assimilation, l'accommodation et les heuristiques, qui peuvent être appliqués à l'étude des distorsions de l'idéation dépressive. (M. Blackburn&J. Cottraux,2008, P. 26).

En particulier, la psychologie cognitive étudie le traitement de l'information. Celle-ci s'effectue par l'intermédiaire de schémas mentaux inconscients situés dans la mémoire à long terme. Les schémas sont des entités organisées qui contiennent à un moment donné tout le savoir d'un individu sur lui-même et le monde : ils guident l'attention, et la perception sélective des stimuli environnementaux. Les schémas peuvent être définis comme des représentations organisées de l'expérience préalable qui facilitent le rappel des souvenirs. Mais en même temps, ils entraînent des déformations systématiques de la perception, de l'attention, et assimilent les nouvelles constructions mentales en les rendant compatibles à celles qui existent déjà. Ils représentent donc le poids du passé sur l'avenir de l'individu. (J.Cottraux, 2001, p5).

4.1. Assimilations et accommodation :

L'assimilation consiste à chercher l'information en le filtrant ou en la transformant de sorte à ce qu'elle corresponde aux schémas déjà.

Accommodation permet l'adaptation du schémas en le transformant et le rendant plus conforme à la réalité(Piaget,1964) bien que ces deux mécanismes se relayent dans la construction de l'individu, l'assimilation reste la plus couramment utilisée.(J.Ledrich,2011,P63). La dialectique de l'assimilation et de l'accommodation explique la construction de la réalité et le développement de la pensée logique, qui partie de l'égoïsme initial va se décentrer pour devenir de plus en plus objective. La tendance à l'assimilation demeure la plus puissante. On

invoque un primat de l'assimilation comme étant l'un des mécanismes central de traitement de l'information chez le déprimé.

Les études faite sur les distorsions cognitives du déprimé montre bien qu'elles vont toujours dans le même sens auto centrer et consiste à assimiler au schématisme négatif les événements, au lieu d'accommoder et donc de modifier ce schéma en fonction d'un raisonnement plus réaliste, plus nuancé, et décentré. (M.Blackburn&J.Cttraux, 2001, P.27) .

4.2. Les heuristiques cognitives :

Le terme « Heuristique » vient du grec qui signifie « découvrir ». Les heuristiques de jugement sont des opérations mentales « intuitives, rapides et automatiques » ces raccourcis cognitifs sont utilisés par des individus afin de simplifier leurs opérations mentales dans le but de répondre aux exigences de l'environnement.

Les heuristiques permettent aux individus un gain de temps car en les utilisant, ils ne tiennent pas compte de toute la complexité des informations des informations pertinentes à la situation. Cependant, elles mènent parfois à des biais et des erreurs dans la prise de décision (www.wikipedia.org).

4.2.1. Les types des heuristiques cognitives : contiennent trois types.

- **les heuristiques de représentativité** : consistent à juger un cas individuel à partir de préconceptions générales abstraites et stéréotypées. Le sujet juge la situation présente en la faisant rentrer dans une catégorie de situations antérieurement connue, même si la similarité des deux situations reste vague.

- **les heuristiques de disponibilité** : qui correspondent à l'utilisation d'informations rapidement disponibles en mémoire (la première pensée ou image qui vient à l'esprit en rapport avec la situation présente) même si leur pertinence et leur valeur informative est faible.

- **les heuristiques d'ancrage** : qui correspondent à l'échec des individus à réviser leurs croyances (ancrages) même si elles ne sont pas confirmées. Ils consistent à effectuer des estimations de valeurs incertaines en fonction de valeur connues antérieurement, même si elles sont inadaptées à la situation présente.

Ceci a pu être démontré dans le domaine clinique comme dans le domaine du raisonnement mathématique et statistique.

Chez les dépressifs les heuristiques d'ancrage peuvent être mis en évidence dans le fait qu'ils sous-estiment leurs performances réelles en raison du postulat que s'ils ont eu de piètres résultats dans le passé, inversement, des sujets normaux auront un ancrage initial élevé qui les conduira à une surévaluation de leurs performances.

Les heuristiques représentent des processus qui pourraient être innés, automatique et inconscients, qui viendraient confirmer les schémas dépressifs en court-circuitant les inférences logiques et la mise à l'épreuve des hypothèses.

Assimilation et heuristiques sont des processus fondamentaux qui trouvent une expression clinique dans les erreurs logiques ou distorsions cognitives découvertes au cours de séance de thérapie. (M.Blackburn& J.Couttraux, 2008, P27, 28).

4. les distorsions cognitives :

Les « distorsions cognitives », ont été proposées par Beck sur la base d'observations cliniques, pour rendre compte de la manière dont les informations sont transformées par le schéma cognitif. Une distorsion de l'information permet de maintenir le schéma intact, puisque l'information qui confirme le schéma est retenue, sur généralisée, personnalisée. L'information qui va à l'encontre du schéma est modifiée (minimisation, inférence arbitraire) ou rejetée. Les distorsions permettent de ne percevoir que les informations qui confirment les croyances. Dans l'inférence arbitraire, le sujet porte des conclusions sans preuve (« j'ai échoué à mon premier examen, donc je n'aurais pas mon bac »). Dans l'abstraction sélective, le sujet se focalise sur un détail en ignorant tous les autres aspects d'une situation (« je n'ai eu aucun moment de plaisir aujourd'hui »). La sur généralisation conduit le sujet à généraliser à partir d'un simple événement (« j'ai fait une erreur aujourd'hui, je ne suis pas capable de faire quelque chose de bon »). Concernant le raisonnement dichotomique ; le sujet raisonne avec uniquement deux choix opposés, sans intermédiaires possibles telles que bon mauvais, bien mal, échec réussite... (« Si je ne peux pas être le meilleur, alors cela ne vaut pas la peine que je le fasse »). Enfin dans la personnalisation ; le sujet s'attribue la responsabilité pour des événements externes qui n'ont rien avoir avec lui (« il ne m'a pas dit bonjour ce matin, j'ai dû faire quelque chose pour le contrarier.

Plusieurs distorsions ont été décrites et catégorisées par Beck au sein de 3 catégories de processus : paralogiques, stylistiques et sémantiques :

- Parmi les processus paralogiques, l'inférence arbitraire correspond à une tendance fréquente à tirer des conclusions erronées des situations rencontrées qui sont soit ambiguës, laissant ainsi la place à la projection, soit contraires aux inférences effectuées. Ces inférences arbitraires ne

Chapitre II : le fonctionnement cognitif chez le dépressif

permettent pas d'envisager des explications alternatives et de pondérer ses jugements. L'abstraction sélective concerne la perception et la mémorisation d'éléments spécifiques, de détails extraits de leur contexte et utilisés aux fins tyranniques des schémas. La personne ne retient d'un événement que ce seul détail autour du qu'elle sera effectué son rappel. La sur généralisation se rapproche des distorsions précédentes, en ce qu'elle implique de tirer des lois générales de situations isolées.

- Parmi les processus stylistiques, la maximalisation consiste à amplifier les incidences et la signification d'échecs ou incidents impliquant la personne. Ces événements sont dramatisés et perçus comme des catastrophes. Les capacités sont sous-estimées ou attribuées à des éléments extérieurs à la personne.

- Enfin une distorsion sémantique que nous pourrions traduire par « mauvais étiquetage » à été décrite, elle rejoint la maximalisation en ce qu'elle correspond à un biais de perception visant à dramatiser un événement.

Ces distorsions sont présentes à tous les degrés de dépression. Ce pendant le degré de sévérité augmente ces interprétations erronées deviennent plus systématiques et occultent les caractéristiques des situations rencontrées l'environnement et complètement aux schémas. (J.Ledrich, 2011, P63).

6. les événements cognitifs :

Les événements cognitifs représentent le produit du traitement de l'information par les schémas, et les processus cognitifs. La définition que l'on en donne pour focaliser l'attention du sujet sur eux est la suivante : « soit une pensée, soit une image visuelle dont vous n'êtes peut être pas conscient à moins de vous concentrer sur elle ». Les « produits » cognitifs sont des monologues intérieurs, des dialogues internes, des auto verbalisations, des pensées, ou des images mentales qui peuvent être étudiés d'une manière indirecte (M.Blackburn&J.Cottraux, 2008, P.29).

• Les 10 pensées dysfonctionnelles types :

Les pensées dysfonctionnelles sont des distorsions cognitives très courantes chez les personnes dépressives. Ce sont des façons de penser stériles, souvent stéréotypées, qui conduisent et maintiennent le sujet dans une vision très sombre du monde.

Voici les 10 pensées dysfonctionnelles les plus répandues d'après A. Beck & D. Burns :

Chapitre II : le fonctionnement cognitif chez le dépressif

1- La pensée dichotomique (principe du tout ou rien). C'est le fait de penser que si une chose n'est pas exactement comme nous le souhaitons, alors il s'agit d'un échec. Il s'agit d'une perte totale des nuances. Ex. : "Si je n'ai pas été embauché, c'est que je suis un zéro", "Si je n'ai pas 20 sur 20 à cet examen, c'est que je suis nul". Dans ces conditions, avoir 18 sur 20 à un examen, ou n'être "que" le second de sa promotion peuvent être perçus comme des échecs cuisants.

2- La sur-généralisation : on construit des règles pour son comportement futur à partir de quelques événements négatifs passés. Ex. : "Elle n'a pas voulu sortir avec moi ; Je vois bien que je n'arriverai jamais à sortir avec une fille". Avec la surgénéralisation, un seul événement négatif peut influencer tout le comportement à venir d'une personne qui se voit alors vouée à l'échec. On peut distinguer 2 grands types de sur-généralisation, qui sont :

a : La sur-généralisation verticale : un échec dans un domaine à un moment donné, et c'est tout le domaine en question (passé, présent et avenir) qui est perçu comme un échec et perdu d'avance. Ex : "Elle ne veut pas sortir avec moi. J'ai toujours tout raté en amour, je serai seul et malheureux toute ma vie".

b : La sur-généralisation horizontale : c'est le fait de lier entre eux des problèmes différents, là où ça n'a pas lieu d'être. Un échec dans un domaine va amener la personne à voir des échecs dans tous les domaines. Ex. : "J'ai été licencié de mon entreprise, ce n'est pas étonnant, je rate tout ce que je fais dans la vie".

3- L'abstraction sélective : c'est un filtre mental qui ne laisse percevoir que le côté négatif des choses. On se focalise sur les détails déplaisants, ce qui nous conduit à voir l'ensemble en négatif. Ex. : Une personne passe une soirée avec des gens agréables et intéressants, elle s'amuse, elle danse, et là quelqu'un renverse du café sur sa chemise. A cause de cet incident, elle en conclut que la soirée est totalement gâchée. Autre exemple : un joueur de tennis gagne lors d'une rencontre sportive, mais au lieu de s'en réjouir, il passe plusieurs jours à ressasser les erreurs qu'il a commises pendant le match et à s'en faire le reproche.

4- La disqualification du positif : on transforme une expérience neutre ou positive en expérience négative. Ex. : On me fait un compliment, j'en déduis que "Tout le monde sait que c'est faux, on me dit ça juste pour me faire plaisir", ou encore : "Le soutien des gens qui m'aiment ne compte pas. Ils ne connaissent pas ma vraie nature". C'est une sorte d'alchimie inversée où l'on transforme de l'or en plomb.

5- Les conclusions hâtives (ou principe de l'inférence arbitraire) : on imagine des scénarios noirs sans preuve et on y porte crédit. On peut en distinguer 2 sortes :

Chapitre II : le fonctionnement cognitif chez le dépressif

a : Les lectures des pensées d'autrui : C'est lorsque l'on croit connaître les pensées des autres en se fiant à de maigres indices. Ex: "Je lui ai laissé un message mais il ne m'a pas rappelé, il ne me considère plus comme son ami.", ou bien : "Mon patron m'a regardé de travers, il pense certainement me licencier".

b : Les erreurs de voyance : Faire des prédictions pessimistes et les considérer comme vraies. Ex. : "Je vais devenir folle.", "Cette thérapie ne marchera pas, je suis incurable.", "Je vais rester seul toute ma vie".

6- Exagération (dramatisation) et minimalisation : on exagère ses erreurs et on minimise ses points forts. Exemple d'exagération : "J'ai fait une erreur au travail, tout le monde va le savoir et je serai complètement ridicule aux yeux de tous." ; Exemple de minimalisation : "J'ai trouvé la solution au problème, mais c'est simplement parce que j'ai eu beaucoup de chance".

7- Le raisonnement émotionnel : C'est se servir de ses sentiments comme si c'étaient des preuves. Ex : "Je me sens désespéré, donc mes problèmes doivent être impossibles à résoudre.", ou bien : "Je ne me sens pas de taille à affronter une situation, donc je suis un loser.", ou encore : "Si je me sens dégoûté de ce monde, c'est parce qu'il n'a rien à m'offrir". Dernier exemple : "Si je suis angoissé tout le temps, c'est bien qu'il y a quelque chose qui ne va pas".

8- Les fausses obligations : Se fixer arbitrairement des buts à atteindre (je dois, je devrais...). Ex. : "Je dois absolument faire le ménage chez moi.". Résultats : si l'on n'atteint pas ses objectifs, on se sent coupable. On peut également appliquer cette règle pour les autres (on me doit...) : "Après tout ce que j'ai fait pour lui, il pourrait au moins être reconnaissant." Cela conduit à un sentiment d'amertume, de ressentiment, et à l'idée que l'on est la seule personne à se conduire convenablement.

9- L'étiquetage : ce sont des jugements définitifs et émotionnellement chargés que l'on porte sur les autres ou sur soi-même. Ex. : "On voit la valeur d'un homme aux fautes qu'il commet." ; "Cette personne est un monstre." ; Dire "Je suis complètement nul" au lieu de dire "J'ai fait une erreur".

10- La personnalisation : Se sentir responsable du comportement des autres. Ex. : "Si mon fils ne travaille pas à l'école, c'est parce que je suis une mauvaise mère.", "Ce qui arrive est ma faute." La personnalisation conduit à un sentiment de culpabilité. C'est l'erreur consistant à penser pouvoir gérer la vie des autres (alors qu'on ne peut que l'influencer). Au commencement d'une thérapie cognitive, le patient sera amené à étudier et apprendre cette liste de pensées dysfonctionnelles. A l'aide d'exercices, il s'entraînera à les relever et les mettre en évidence sur des cas théoriques d'abord (exemples d'exercices).(L.Fofana,2007,P70).

Une fois bien exercé, il pourra commencer à relever et mettre en évidence ces distorsions dans sa propre façon de penser.

Section II : le fonctionnement cognitif du dépressif :

1. l'approche cognitive de Beck sur la dépression :

1.2. Les travaux initiaux de Beck :

Jusqu'au début des années 1960, Beck travaille avec des sujets déprimés selon la méthode psychanalytique classique. En utilisant la technique d'association libre (dans laquelle le patient doit dire tout ce qui lui vient par la tête, sans censurer ses idées, ce qui permet d'accéder aux souvenirs refoulés ou aux fantasmes, et déclenche l'apaisement ou la disparition des symptômes par abréaction lorsqu'une décharge émotionnelle adéquate les accompagne (Braconnier, 1998)), Beck observe chez certains patients la présence de pensées comportant beaucoup plus de distorsions de la réalité comparativement aux autres types de productions, qui sont immédiatement suivies d'émotions désagréables, et qui apparaissent à la conscience de manière assez brève (Beck, 1961). Cette catégorie de pensée correspond à un système de communication interne, véritable dialogue avec soi-même, ce qui diffère des idées habituellement produites. Si tous les patients ne rapportent pas ces pensées, c'est parce qu'ils n'arrivent pas à les « identifier » comme telles, simplement en raison de leur caractère très rapide et quasi automatique (et non en raison de mécanismes de défense ou de résistances). C'est d'ailleurs du fait de leurs caractéristiques rapides et automatiques que Beck les a nommé « pensées automatiques » (Beck, 1976). Alors que les patients ont bien conscience de l'émotion désagréable, ils n'ont pas ou très faiblement conscience de la pensée automatique qui la précède. Lorsqu'on demande à ces patients de focaliser leur attention sur ces pensées, ils arrivent à en identifier une partie. Pour Beck, ces pensées automatiques correspondraient à ce que Freud avait nommé le système préconscient.

Beck constate un certain nombre de points ambigus par rapport à la théorie psychanalytique. Tout d'abord les patients ne rapportent pas ces pensées automatiques avec la technique d'association libre, alors qu'ils sont capables de les identifier lorsque le thérapeute pointe un changement dans l'état émotionnel. Ensuite, beaucoup de ces pensées ne s'articulent pas autour

Chapitre II : le fonctionnement cognitif chez le dépressif

des thèmes d'angoisse de castration ou de fixations sexuelles, et ne correspondent pas à une hostilité tournée vers soi telle que le suggère la théorie psychanalytique classique. Au contraire, l'analyse des pensées automatiques des déprimés met en évidence un fonctionnement cognitif orienté négativement qui se manifeste par une baisse de l'estime de soi, une autocritique négative, une autodépréciation, des prédictions négatives, une interprétation négative des événements avec une tendance à raisonner négativement là où on aurait attendu une vision plus positive, le tout avec un nombre important d'erreurs de logique. Beck observe que ces pensées sont accessibles à l'introspection. Enfin, il remarque que de nombreuses pensées apparaissent suite à des stimuli spécifiques.(L.Fofana,2007,P44).

Beck recherche des éclaircissements devant ces éléments paradoxaux. Pour cela, il demande systématiquement à ses patients de focaliser leur attention sur les pensées automatiques qui déclenchent des émotions, afin de les verbaliser, à la fois au cours des séances d'association libre, mais aussi en dehors des séances de thérapie. En effectuant la synthèse des descriptions des pensées fournies par les patients, Beck remarque une similarité dans la production des pensées automatiques de différents patients : elles sont précises, spécifiques, de style télégraphique, ne reposent pas sur un raisonnement, ne sont pas obligatoirement logiques, apparaissent de manière réflexes car le patient ne fait aucun effort mental pour les produire, elles sont difficiles à éviter et apparaissent de manière involontaire. En rassemblant ces pensées, des thèmes communs apparaissent, tels que la perte, la maladie, la défaite, etc. Beck les a rassemblées en 3 catégories distinctes : vision négative du présent, du passé, et du futur (ce qu'il a appelé la triade cognitive). Beck observe également que les pensées automatiques semblent idiosyncrasiques, car sont communes aux patients qui présentent les mêmes troubles. Les pensées automatiques sont plausibles pour le patient qui accepte leur validité sans les remettre en question. C'est seulement si le patient prend du temps pour réfléchir à leur validité ou s'il en discute avec le thérapeute, que le patient arrive à conclure au caractère invalide de sa pensée (Beck, 1976).

C'est à partir de ces travaux initiaux empiriques, et sous l'influence d'autres chercheurs comme Ellis (1962), que Beck développe progressivement son modèle cognitif des troubles émotionnels (remarquablement synthétisé en 1976 avec la publication de *Cognitive Therapy And The Emotional Disorders*). La thèse de Beck est que les événements externes sont d'abord interprétés sur le plan cognitif, ce qui engendre une pensée automatique qui à son tour génère une émotion. Le rôle des cognitions est donc central dans la production des émotions. Beck n'est pas le premier à concevoir la primauté des cognitions sur les émotions, car avant lui Arnold

Chapitre II : le fonctionnement cognitif chez le dépressif

(1960), Lazarus (1966), et Ellis (1962), avaient déjà clairement mis en évidence cette relation entre émotion et cognition. Pour Beck, l'apparition d'une émotion inadaptée, exagérée, répétitive, provient obligatoirement d'une interprétation cognitive inadaptée ou exagérée d'une situation particulière. En effet, lorsqu'on analyse les réactions anormales des individus face à des situations, on observe précisément que ces situations ont été mal interprétées, engendrant une série de pensées incorrectes envers celles-ci. Les pensées déviantes envers la réalité constituent des erreurs cognitives qui forment un aspect central du trouble émotionnel.

Durant toutes ses séances de psychanalyse, Beck avait noté tous les contenus des pensées de ses patients. En effectuant une analyse des thématiques des pensées selon les types de troubles mentaux, Beck (1963, 1967) remarque qu'il est possible de différencier chaque trouble mental en fonction des thèmes des pensées automatiques. Ces données ont été confirmées par différentes études (Beck, 1976). Ainsi le contenu des pensées dans la dépression se caractérise par une évaluation négative dans tous les domaines, dans l'hypomanie par l'exagération positive des interprétations, dans l'anxiété par des pensées de danger dans tous les domaines, dans les phobies par des pensées de danger en rapport avec des situations spécifiques, dans la paranoïa par des intrusions non justifiées, dans l'hystérie par des anormalités motrices ou sensorielles, dans l'obsession par des doutes ou alertes ou avertissements, et dans la compulsion par des auto-injonctions d'exécution de comportements visant à éviter un danger.

Dès cette époque, pour expliquer l'origine des pensées automatiques, Beck avance l'idée d'un système de règles (croyances, suppositions) comme le support de représentations internes des pensées (Beck, 1964). Les croyances interagissent avec la situation pour produire une pensée automatique. Plus précisément, Beck (1976) part de l'idée que les individus utilisent une série de règles générales qui leur permet de décoder et d'évaluer les stimuli, afin de produire un comportement adapté face à une situation spécifique. Les règles permettent ainsi d'activer ou d'inhiber un comportement. Pour Beck, ces règles ne sont pas utilisées que pour les comportements moteurs, mais servent également pour interpréter les événements, comprendre des situations, donné du sens aux stimuli externes. Ainsi ces règles permettent d'atteindre un objectif, de juger de certains comportements afin de se protéger de dangers potentiels, de maintenir un état stable dans les rapports sociaux, etc., bref de réguler le fonctionnement psychique. Par feed-back, l'individu évalue les conséquences de l'application de sa règle et peut ainsi la corriger. Selon Beck, les règles se construisent à partir d'expériences personnelles, d'observations des expériences d'autrui, des conséquences des interactions sociales, et

Chapitre II : le fonctionnement cognitif chez le dépressif

d'apprentissages (Beck, 1976). Ces règles fonctionnent sans que les individus en aient conscience. L'individu sélectionne, intègre, trie parmi les stimuli afin de produire une réponse sans avoir besoin de connaître la règle et le concept qui dicte ses interprétations et ses réactions. Les règles font partie du système cognitif et sont appliquées en fonction des circonstances. En général, les patients ont peu conscience des règles qu'ils utilisent pour interpréter les situations, seules les conclusions apparaissant plus clairement à la conscience. C'est en travaillant à partir des conclusions, en questionnant le patient autour des pensées, que nous pouvons déduire la règle utilisée. Il arrive néanmoins parfois que le patient arrive seul à mettre en évidence la règle qu'il utilise.

Beck observe que chaque trouble mental se caractérise par une série de règles spécifiques. Dans l'anxiété et la phobie, les règles sont souvent de type conditionnel (si je fais une erreur alors je vais provoquer un accident), alors que dans la dépression les règles sont souvent absolues et inconditionnelles (je ne m'en sortirai jamais). C'est lorsque ces règles deviennent discordantes avec la réalité, ou lorsqu'elles sont appliquées de manière excessive ou arbitraire, qu'elles risquent de produire des problèmes psychologiques. Si un individu met en place des erreurs de logique, avec une tendance à les accumuler, à surgénéraliser les interprétations négatives, à les appliquer de manière répétitive, alors il risque de générer des pensées automatiques fausses concernant les situations. Si les conséquences des pensées confirment la règle utilisée, alors cette dernière sera renforcée. A l'état normal, les règles sont plus flexibles, et tendent à diminuer l'influence d'autres règles plus extrêmes. Dans le développement de la pathologie, les règles dysfonctionnelles tendent à prendre la place des autres règles adaptées. Si le patient accepte la validité d'une conclusion extrême, il facilitera l'implantation et la rigidité de cette nouvelle règle. Par le biais des erreurs de logique, ces individus auront tendance à ne percevoir que ce qui confirme la règle, générant ainsi un raisonnement circulaire. Les troubles de la pensée qui caractérisent les troubles mentaux peuvent donc être analysés en termes de système de règles.

Cette notion empirique de règle sera progressivement remplacée par la notion théorique plus complexe de schéma cognitif, qui considèrera les règles comme un sous-élément des schémas (Beck, 1985). Depuis, le concept de schéma est devenue l'essence même de la théorie de Beck sur la dépression et les autres troubles mentaux. (L.Fofana, 2007, P47).

2. Les cognitions dans l'humeur dépressive :

La majorité des théories proposent que les cognitions constituent des facteurs de vulnérabilité jouant un rôle dans l'émergence et/ou le maintien de l'humeur dépressive, et cette question fait toujours l'objet d'un débat.

Les chercheurs psychologues de ce champ ont cherchés à déterminer le rôle exact des cognitions dans l'humeur dépressive. Car si l'ensemble des chercheurs s'accordent généralement sur l'existence de certaines cognitions dépressogènes, la triade cognitive par exemple (Beck, 1987), la nature de leur action reste incertaine. La conceptualisation des variables cognitives comme facteurs de vulnérabilité s'inscrit dans une perspective diathèse- stress. Il est supposé que ces facteurs soient stables, mais pas forcément accessibles. En ce sens, les schémas cognitifs négatifs sont latent et activables lors de situation stressantes. Les personnes présentant ces schémas négatifs sont donc plus vulnérables au développement d'affects négatifs, à leur maintien et à leur récurrence (Beck, 1967). Segal et Ingram (1994) expliquent l'activation des schémas par deux moyens. Le premier, également mis en avant par Beck, correspond à l'activation directe d'un schéma par l'occurrence d'une situation particulièrement congruente avec le contenu de schéma. Le second reflète une activation indirecte dans laquelle le schéma dépressogène est activé par sa relation proximale à un autre schéma lui-même directement activé, l'activation d'un schéma, c'est-à-dire son action sur le traitement de l'information, nécessite toutefois l'atteinte d'un seuil critique (J. Ledriche, 2011, P41).

Selon Beck (1984), la perturbation cognitive est un mécanisme dysfonctionnel qui peut interagir avec une vulnérabilité biologique innée, avec l'histoire individuelle, et avec des stimuli actuels susceptibles de déclencher un état dépressif. Il n'est plus soutenu qu'une dysfonction de la pensée cause l'ensemble des troubles dépressifs, mais bien que cette dysfonction faite partie intégrante de la structure de l'état dépressif. Elle représente à la fois un facteur déclenchement et de maintien de la dépression. Les perturbations biologiques, les troubles cognitifs, les troubles affectifs, les troubles moteurs et motivationnels, ne représentent pas des épiphénomènes, des causes ou des effets : ce sont des niveaux différents du phénomène unitaire de la dépression. (M.Blackburn&J.Cottraux, 2011.P47).

Chapitre II : le fonctionnement cognitif chez le dépressif

- les attributions causales dans la théorie de l'impuissance acquise :

Ce modèle a été proposé par Abramson, Seligman et Tesadale (1978). Il introduit la notion d'attribution autrement dite de jugement sur la causalité. Rotter (1966) avait montré l'importance de la représentation de la causalité chez les sujets normaux et pathologiques. Les sujets dits « internes » perçoivent les événements comme étant sous leurs propre contrôle, alors que les sujets dits « externes » perçoivent les événements comme étant sous le contrôle de forces extérieures à eux-mêmes : le hasard, la chance, le destin, ou des personnes plus puissantes qu'eux.

Les sujets dépressifs ont des interprétations causales erronées des événements. Ainsi, le sujet face à un échec ou un événement négatif procède à un jugement de causalité (ou attribution) internal, global et stable. Le sujet s'attribue toute la responsabilité de l'échec (internalité) et considère que celui-ci définitif (stabilité) et s'étendra à tous les domaines de son existence (globalité). Inversement en cas de réussite ou d'événement positif le sujet va émettre des jugements externes qui sont la cause de ce qui arrive, d'heureux, spécifique (l'événement est lié à une circonstance très particulière), et instable (celle ne durera pas). Le sujet pense qu'il est incapable de s'aider lui-même. Il a la tendance à s'autocritiquer et à se blâmer pour cette incapacité, et il résulte une baisse de l'estime de soi. Une telle conception de la causalité quand elle est organisée sous la forme d'une structure cognitive permanent, représente un marqueur de vulnérabilité dépressive. (M.Blackburn&J.Cottraux, 2011,P32).

Pour donner un sens à ces variations, comprendre les différences individuelles, et pour essayer de préciser le mécanisme de formation des attentes, les autres proposèrent une révision de leur théorie (Abrason et al. 1978). Intègrent un élément qui devient central : le concept d'attribution causale. Ils partirent du postulat selon le lequel, placés dans une situation d'impuissance, les gens cherchent nécessairement à y donner un sens, une explication. La cause évoquée déterminera un ensemble de caractéristiques de leur impuissance, reliant ainsi chaque dimension à la dépression par un mécanisme spécifique. Les auteurs identifient trois dimensions des attributions causales :

- **Leur permanence** (stable/instable) détermine la chronicité de l'impuissance. Contrairement à une attribution instable, une attribution stable produira des déficits durables. Cette dimension aurait un impact direct sur l'humeur dépressive.

Chapitre II : le fonctionnement cognitif chez le dépressif

- **Leur généralité** (globale/ spécifique) détermine la restriction des déficits à la situation rencontrée ou leur généralisation à des situations nouvelles. Elle détermine donc le nombre de domaines dont l'impuissance s'empare. Cette dimension aurait également un effet direct sur l'humeur dépressive.

- **Leur personnalisation** (interne/externe) quant à elle, explique les déficits de l'estime de soi. Une attribution interne aura davantage tendance à les produire.

Cette dimension influence donc la perception de soi. Selon les auteurs, cette dimension a un effet indirect sur l'humeur dépressive, médiatisé par l'estime de soi. Cette attribution va se combiner aux caractéristiques de la situation (sa nature, sa contrôlabilité, son importance perçue), pour créer les attentes futures de l'individu.

Ces attentes sont formées par combinaison d'une perception de non contingence et des explications causales l'événement. Elles affectent à leur tour les comportements de la personne. La théorie de l'impuissance acquise se veut donc être un modèle « diathèse- stress », en ce sens qu'elle prédit l'impuissance et la dépression, par l'interaction entre des événements de vie négatifs incontrôlables, et un style attributionnel pessimiste. (J.Ledrich, 2011, P46).

3. la théorie cognitive de Beck :

3.1. Notion de psychopathologie cognitive :

Dans une définition étendue, la psychologie cognitive étudie la manière dont l'homme s'adapte en permanence à son environnement, par l'intermédiaire de différentes activités internes de perception, de traitement de l'information, de processus d'élaboration des connaissances, de stockage et recouvrement des informations, et des processus affectifs et émotionnels. La psychologie cognitive est avant tout l'étude des comportements et des activités « normales ». La notion de schéma cognitif permet de rendre compte de l'ensemble de ce fonctionnement. Lorsqu'il existe un dérèglement à un niveau du système cognitif, des pensées, des émotions ou des comportements inadaptés vont apparaître, qui auront tendance à avoir un caractère moins fonctionnel. Lorsque ces dérèglements deviennent continus, ils font basculer l'individu « normal » vers un fonctionnement « pathologique ». La pathologie s'installera ainsi par l'exagération et la rigidité de processus de plus en plus inadaptés, et par leur utilisation de plus en plus fréquente. Pour Beck (1976), les comportements dysfonctionnels et les émotions

Chapitre II : le fonctionnement cognitif chez le dépressif

inappropriés que l'on retrouve en psychopathologie, ne sont que des exagérations de processus normaux adaptés. L'incessante interaction entre les différents systèmes cognitifs va conduire à rigidifier les dysfonctionnements sous-jacents, qui finiront par gérer de façon inadaptée l'ensemble du système cognitif depuis la sélection de l'information jusqu'à la gestion de l'action. C'est ainsi que des dysfonctionnements prolongés des processus cognitifs peuvent avoir une répercussion sur l'architecture cognitive elle-même. Pour Hautekeete (1995), l'analyse des processus cognitifs montre que parfois le trouble mental est essentiellement caractérisé par un dysfonctionnement précis du traitement de l'information, ce qui peut conduire à penser que ce dysfonctionnement constitue le noyau central de la maladie. La psychopathologie cognitive s'intéressera donc à l'étude des dysfonctionnements qui font que l'homme ne devient plus adapté à son environnement. Dans cette conception, le schéma cognitif est considéré comme la source des dysfonctionnements cognitifs et émotionnels. La thérapie cognitive cherchera de ce fait à corriger les dysfonctionnements pour « réadapter » le fonctionnement de l'individu, ou pour rendre le système plus fonctionnel. (L.Fofana,2007,P58).

3.2. La triade cognitive dans la théorie cognitive de Beck :

Aaron Beck est à l'origine d'un modèle théorique de la dépression, de l'élaboration d'une psychothérapie cognitive toujours utilisée, ainsi que du développement de nombreux outils de mesure. Il dirigea un centre de thérapie cognitive à l'université de Pennsylvanie. Dans ce modèle Beck a expliqué le rôle des attitudes dysfonctionnelles et des événements de vie de la dépression.

3.3. Les biais cognitif :

L'humeur dépressive se caractériserait par trois biais cognitifs, à savoir une perception négative de soi, de l'expérience (l'environnement) et du futur. C'est ce que Beck appelle « la triade cognitive ». D'une part, la personne présente une tendance à s'auto dévaloriser, à se sentir déficiente, indésirable. La bataille pour la survie de l'estime de soi semble perdue d'avance, la personne se sent incompétente, et tout pas de travers est immédiatement attribué à sa supposée « mauvaise personnalité ». En plus de se dénigrer, la personne en dépression a également tendance à se blâmer, à se reprocher cet état de fait.

D'une part, l'expérience est généralement interprétée en sa propre défaveur. Terrain privilégié de projections, la personne en dépression ne perçoit dans son environnement que contrariétés, privations ou encore humiliations. Le moindre imprévu plonge la personne dans

Chapitre II : le fonctionnement cognitif chez le dépressif

l'échec, l'impuissance et le fatalisme. Les événements peuvent également être interprétés en terme de pertes (temps, argent, attention d'autrui), ne lui permettant jamais d'en sortir indemne. De même, les interactions sociales deviennent difficiles car elles exposent aux railleries, aux médisances et au rejet. L'expérience devient donc rarement source de plaisir et porte davantage préjudice à son « acteur ». Enfin l'état dépressif se caractérise également par des attentes futures négatives. Le sombre vécu présent est anticipé dans l'avenir, sans possibilité d'améliorations, de changements positifs. La continuité temporelle de la douleur actuelle n'est pas remise en question et laisse présager de nouveaux échecs.

La triade cognitive regroupe donc un ensemble de pensées négatives automatiques, c'est-à-dire non intentionnelles et difficilement contrôlables par l'individu. Ces cognitions seraient spécifiques à l'humeur dépressive (Beck, 1976) et se retrouveraient dans l'ensemble des troubles dépressifs, c'est-à-dire aussi bien au cours d'un trouble majeur de la dépression que d'un trouble bipolaire, d'une dépression mélancolique ou encore d'une dépression secondaire, associée à un autre trouble majeur.(J.Ledrich,2011,P60).

4. les techniques pour modifier les cognitions négatives :

Le but principal du thérapeute cognitiviste est d'amener le patient à vérifier ses pensées négatives d'une manière réaliste. Il ne s'agit pas d'infuser un optimisme général ou de faire croire au patient que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes, mais d'encourager un esprit investigateur qui met en question les pensées négatives comme si elles étaient des hypothèses plutôt que des faits.

Le style du thérapeute est très important à ce stade de la thérapie, il doit se garder d'une attitude critique, agressive ou railleuse au risque de renforcer l'auto-critique du patient qui pourrait se dire : « je ne peux même pas penser correctement » ou de perdre sa collaboration. Pour le patient, comme pour tout le monde d'ailleurs, ses pensées sont vraisemblables et le thérapeute ne réussirait pas à l'amener à mettre en question leur véracité, sans adopter un style « socratique », collaboratif et empathique.

-Tableau : techniques pour changer les pensées négatives. (M. Blackburn & J. cottraux, 2008, P. 78).

- 1) examiner l'évidence.
- 2) Trouver d'autres interprétations.
- 3) Etablir les probabilités de chaque interprétation.
- 4) Recueillir des données.
- 5) Tester les hypothèses en expérimentation.
- 6) Se décentrer ou « distanciation ».
- 7) Définition des termes.
- 8) Réattribution
- 9) Jeux de rôle.

- 10) Echelle d'auto enregistrement des pensées dysfonctionnelles.

5. L'approche cognitive:

L'approche cognitive considère que les stimuli externes sont interprétés de manière « non-consciente » grâce aux schémas cognitifs, ce qui permet de donner du sens aux événements. Cette interprétation fait apparaître des pensées automatiques spécifiques, « conscientes », qui entraînent des émotions et des comportements. Ainsi, le rôle des cognitions s'avère central dans la production des émotions. La pathologie, qui s'observe principalement par des désordres émotionnels, résulte d'interprétations erronées de la réalité, sous-tendues par des schémas cognitifs inadaptés ou dysfonctionnels. Depuis la formulation initiale de ce modèle par Beck, de nombreux chercheurs ont développé le concept de schéma cognitif, qui reste le point central de la théorie de Beck. Actuellement, on peut considérer qu'un schéma cognitif est une structure cognitive générale, inscrite de manière stable en mémoire à long terme, constituée d'un ensemble de connaissances acquises sur le monde, dont le contenu serait inconscient dans le sens où nous n'y avons pas accès directement. Les schémas produisent une série d'opérations mentales qui interagissent avec l'encodage, le stockage et la récupération d'informations, l'attention, la perception, le jugement. Les schémas se construiraient au fil des expériences et des apprentissages de la vie. Selon Beck, les schémas dysfonctionnels se construiraient très tôt dans la vie, par rapport à des événements de vie marquants. Latents pendant une bonne période de la

Chapitre II : le fonctionnement cognitif chez le dépressif

vie, ils se réactivent lorsque les individus se retrouvent dans des situations similaires à celles du passé. Bien qu'il reste encore des points à éclaircir (sur la construction des schémas et leur réactivation par exemple), l'intérêt de ce modèle empirique, étayé depuis par de nombreuses études expérimentales, est qu'il explique correctement le fonctionnement normal et pathologique, et décrit précisément les mécanismes d'apparition et de maintien d'un état pathologique (notamment dépressif) chez un sujet donné.

6. trouble du traitement de l'information dans la dépression :

L'approche cognitive postule que c'est l'interprétation et l'évaluation de la réalité qui rendent dépressif et non la réalité elle-même. L'interprétation et l'évaluation déterminent les états émotifs et les comportements. Le dépressif a tendance à devenir moins objectif et s'évaluer, ainsi que son environnement et le futur de façon plus négative et pessimiste. Il se perçoit comme inapte, incapable, indésirable ou indigne. Il perçoit le monde extérieur comme trop hostile, exigeant, plein d'obstacles insurmontables. Il croit que le futur ne lui réserve que déceptions, difficultés, échecs et rejets. Ces croyances sont souvent inflexibles et inconditionnelles, puisqu'elles se développent tôt dans l'enfance à partir d'expériences personnelles et de l'influence de l'environnement familial. Souvent, elles ne sont pas reconnues par le patient. On distingue deux types d'organisation de ces croyances.

a- Dans le premier type se rangent les sujets qui valorisent prioritairement les relations interpersonnelles et l'appréciation par autrui. Ces sujets auraient tendance à être plus vulnérables aux tresseurs comme les conflits interpersonnels, la solitude, etc.

b- Dans le deuxième type, se retrouve les sujets ayant des exigences élevées pour ce qui concerne l'accomplissement personnel. Ils seraient plus vulnérables aux tresseurs tels que les échecs professionnels ou financiers, etc. (L. Fofana, 2007, P.67).

Synthèse :

On peut conclure que la théorie cognitive de Beck constitue aujourd'hui un modèle incontournable dans la compréhension de l'humeur dépressive. Parmi ses différentes propositions, celle portant sur les cognitions dépressogènes et leur contenu nous intéresse particulièrement. En outre, les cognitions de la triade ainsi que les attributions causales seraient susceptibles de nourrir un concept de soi plus général.

**PARTIE
PRATIQUE**

Le troisième chapitre
Méthodologie
de Recherche

Préambule :

L'objectif de cette partie est de présenter les différents outils avec lesquels nous essayerons de mettre à l'épreuve nos hypothèses de recherche. Tout travail de recherche suit une méthode et quelques règles et techniques de recherche qui sont des étapes très importantes pour une meilleure organisation et planification d'un travail scientifique.

Premièrement on présentera les deux (02) lieux où on a effectué notre recherche, ensuite l'approche avec laquelle nous mènerons notre travail, et enfin la présentation des entretiens et les deux (02) échelles qui vont nous aider à opérationnaliser nos hypothèses.

1. les deux (02) lieux de la recherche :

Notre recherche s'est déroulée à deux niveaux lieux différents, centre de protection des adolescents de TICHY, ainsi qu'au service psychiatrique d'hôpital Franz Fanon.

1.1. La présentation de l'établissement public hospitalier Franz Fanon:

L'hôpital civil de Bougie est créé le 07/08/1987 lorsque Mme et Mr Troncy ont fait donation d'un immeuble à la commune de Bougie pour servir à la construction d'un hôpital civil, le dit immeuble a été vendu le 09/11/1889 à la somme de 40200 francs qui a servi à la construction de l'hôpital.

Par décret présidentiel du 03/06/1893 il est fait concession gratuite à l'hôpital civil de Bougie d'un terrain domanial de la contenance de 6354.40m sur lequel se trouvent édifiés les bâtiments de l'hôpital.

D'après le premier répertoire des malades hospitalisés dans le service des archives, on déduit que l'hôpital a commencé ces activités en janvier 1896.

A travers toutes ses années d'activité, l'hôpital a pris plusieurs noms:
Au début des activités l'établissement fut baptisé (hôpital civil de Bougie)

Aux années 50 d'après les archives, l'établissement s'appelait (hôpital régional de Bougie)

Après l'indépendance: il a pris le nom du (secteur sanitaire de Bejaia)

En 1992 avec l'ouverture de l'hôpital Khelil Amran de Bejaia, l'établissement changera encore l'appellation on le baptisa sous le nom du feu (Frantz Fanon) le célèbre psychiatre français. Connu pour son engagement en faveur de l'indépendance de l'Algérie durant la guerre de libération (1954-1962).

Enfin avec la nouvelle carte sanitaire il prit le nom de (l'établissement public hospitalier Franz Fanon).

1.1.1. La présentation de service psychiatrie :

Il comprend deux blocs :

- bloc d'isolement qui est composé :
- d'un bureau du médecin chef.
- six chambres (pour les malades agités).
- salle de soin.
- un bureau de visite (pour les malades qui y séjournent).

Le deuxième bloc contenant :

- bureau de chef de service.
- un bureau pour les médecins et les infirmiers.
- salle de soin.
- 12 lits occupés par des malades jugés stables.
- Réfectoire contenant deux grandes tables huit places.
- 05 infirmiers.
- un médecin généraliste.
- 07 psychiatres
- 02 psychologues.

1.2. la présentation du centre de protection:

Le centre de protection de l'enfant et adolescent de Tichy est un établissement à caractère socio-éducatif, administratif et culturelle, se caractérise par une indépendance financière, sous tutelle de ministère de la solidarité nationale, de la famille et de la communauté algérienne à l'étranger.

Son statut et fonctionnement sont régis par les ordonnances:

- a- **72/03 du 10 Février 1972**, relative à la protection de l'enfance et de l'adolescence.
- b- **75/64 du 29 Septembre 1975**, portant création des établissements et services chargés de la sauvegarde de l'enfance et l'adolescence.
- c- **Décret n° 75/115 du 26 Septembre 1975**, portant statut type des centres spécialisés de la sauvegarde de l'enfance et l'adolescence.
- d- **Décret n° 76/100 du 25/05/1976** : la justice.

Ce centre de protection a pour mission d'accueillir et de prendre en charge psychologique et mentale en internat. Des jeunes âgés de **08** à **21** ans, en danger moral ou ayant commis des infractions de la loi, ils sont admis sur ordonnance de placement d'un juge des mineurs. Cela ce fait par un sacrifice d'assurer leurs santés, leurs études, leurs apprentissages et les différentes activités culturelles, sportives et de loisirs pour but de leurs réinsertions sociales.

1.2.1. Identification du Centre Spécialisé de Protection (C.S.P) de Tichy :

A. Historique de l'établissement :

Le C.S.P a ouvert ses portes depuis 1958 sous l'appellation d'un centre social lors de la période de colonisation.

Au lendemain de l'indépendance, cet établissement a été reconverti en foyer d'accueil pour enfants des martyres et enfants nécessiteux.

En 1967, il a été transformé en club d'accueil des jeunes et avait pour mission le rattrapage scolaire et la préformation professionnelle. En 1974, une nouvelle mission lui a confiée à savoir sa reconversion en centre spécialisé de la protection de l'enfance et d'adolescence (statut actuel).

B. Situation Géographique :

Le centre est situé à Tichy, distance de 18 Km à l'est de chef de Wilaya de Bejaia. Il est implanté au centre ville de Tichy et à deux cents (200) mètres de la plage.

C. Infrastructure :

Le C.S.P de Tichy à ré ouvert ses portes en date du **06 Octobre 2000**, après une fermeture d'une durée année (01) environ pour des travaux de réaménagement.

Actuellement l'établissement occupe un espace de 538m², dont 1100m² de surface bâtie.

Il est composé de :

D. Bloc d'hébergement :

Deux (2) dortoirs lotis en box, d'une capacité de soixante élèves.

E. Sanitaires :

- 1-Trois (03) douches.
- 2- Deux (02) toilettes.
- 3-Cinq (05) lavabos.

F. Bloc de restauration :

- 1-une cuisine.
 - 2-Un réfectoire.
 - 3-Une buanderie.
- Elle est dotée d'une:
- machine à laver
 - Fer à repasser
 - Etagères pour ranger le linge des élèves

-Bloc Administratif : au rez de chaussée.

Il est composé de Six (06) bureaux.

-Bloc pédagogique sis au 1^{er} étage :

- 1-Deux (02) salles de cours
- 2-Une (01) bibliothèque
- 3-Un (01) bureau du psychologue

-Bloc des ateliers :

- 1-un (01) atelier 'fer' non fonctionnel
- 2-sanitaires extérieurs

-Une ancienne bâtisse :

Elle sert de secrétariat pédagogique.

-Bloc d'animation:

- 1-Un (01) foyer doté d'un baby foot.
- 2-Une (01) salle de projection cinématographie dotée d'un téléviseur, parabole et des chaises
- 3-Une (01) salle de musculation.

-Terrain omnisport :

Stade matic

-Aire de jeux :

Jardin.

1.3. La nature de placement :

1.3.1. Danger moral:

A l'issue de la phase d'observation d'une durée de 3 à 6 mois, un rapport assorti d'une proposition préconisant.

- la remise aux parents (main levée de placement).
- placement à temps (durée bien définie).
- placement définitifs : jusqu'à majorité pénale ou civil.

Ces mesures sont conditionnées par l'évolution du comportement de l'enfant ainsi que la réconciliation avec sa famille et son environnement.

-Délictueux :

Enfant ayant commis une infraction à la loi, le juge des mineurs procède à son placement en milieu institutionnel et ce jusqu'à sa comparution devant le tribunal qui décidera :

- la remise aux parents.
- le placement à temps.
- le placement définitif.

1.3.2. Différentes phases de prise en charge :**-phase d'observation (entre 03 à 06 mois) :**

Etudie la personnalité de l'enfant, ses possibilités et ses aptitudes par une observation directe du comportement. (Recenser les points positifs et négatifs).

A l'issue de cette phase un rapport assorti d'une proposition de maintien ou d'une mesure jugées plus profitable et adressée des mineurs.

-phase d'éducation (entre 06 à 12) :

Elle consiste de donner à l'enfant une éducation morale et civique et une formation scolaire ou professionnelle en vue d'une insertion sociale.

-phase post-cure :

Recherche toute solution permettant l'insertion sociale et émanant de la phase d'éducation. Autrement dit préparer l'enfant à réintégrer le milieu social dont il est issu.

- l'apprentissage :

Et un moyen d'insertion sociale, c'est un mode de formation ayant pour but l'acquisition d'un métier, il permet aux jeunes d'être en situation réelle de travail.

Les personnes n'ayant pas le niveau scolaire requis peuvent suivre un stage de formation dans l'une des spécialités définies pour cette catégorie.

-Champ d'application:

La durée de formation est de (06) mois minimum et de (30) mois maximum selon la spécialité.

- L'âge requis entre 16ans et plus.
- Aider le jeune à choisir le métier selon ses motivations.
- Visite inopinée dans les ateliers qui sont chargé de suivi.

L'apprentissage est sanctionné par un diplôme reconnu après examen final au **C.F.P.A.**

2. La méthode de la recherche :**2.1. La méthode utilisée :**

Afin de vérifier les hypothèses de notre thème de recherche qui s'intitule « le fonctionnement cognitif du dépressif », on a opté la méthode descriptive, basée sur l'étude de cas, qui est la plus pertinente et qui répond aux objectifs de notre recherche.

L'objectif de cette recherche n'est pas d'établir des relations des causes à effets comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée.

2.1.1. La méthode descriptive:

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives (étude de cas observation systématique ou naturaliste, méthode corrélationnelle, méthode normative développe mentale, enquête).

Elle intervient en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. (K. sahraoui et coll. 2003.p.125).

2.2. Etude de cas :

Etude de cas fait partie des méthodes descriptive elle nécessite une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus, par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelles et passées, pour cela il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, comme le bilan d'examen psychologiques, témoignage des proches et des soignants, l'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer les problèmes d'un sujet dans un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveaux

d'observation et compréhension, organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événements présents et passés .

Donc le clinicien tente de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite qui sont multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique.

Donc cette description prise de la situation complexe d'un sujet permet formuler des hypothèses étiologiques sur la nature, les causes, le développement et l'évolution d'un trouble. L'objectif de l'étude de cas n'est pas de prouver ou de démontrer mais plutôt d'élaborer des hypothèses. (Ibid. P.125, 126).

3. Les outils de recherche:

Pour effectuer notre recherche sur le terrain et vérifier nos hypothèses on s'est basé sur trois (03) techniques :

- L'entretien Clinique
- L'échelle de Beck pour mesurer la dépression
- L'échelle de désespoir.

3.1. L'entretien Clinique:

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales ; (il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, événements, vécus, représentations, croyances, émotion, histoire personnelle, souvenirs, rêves, etc.).

Ce qui fonde de la spécialité de l'entretien clinique de recherche, c'est le terme « clinique » qui renvoie à :

- un champ de pratiques et d'interventions du psychologue clinicien qui intéressent généralement le domaine des soins ;
- une attitude clinique (centration sur le sujet, compréhension empathique, neutralité bienveillante, respect) qui correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et à une attitude éthique dans l'abord d'un sujet en souffrance psychologique. (K.Chahraoui H.Bénony, 2003, P141).

L'entretien est donc la technique principale sur laquelle s'appuie le psychologue, quelle que soit sa vision thérapeutique ou diagnostique ou encore dans un but de recherche,

l'entretien se fonde sur la parole. La prise de parole permet aux partenaires de se situer dans le dispositif. (C.Vanrensburg& Coll., 2002, P.76).

L'entretien est un des outils privilégiés de la méthode clinique, dans la mesure où la subjectivité s'actualise par les faits de parole à la dresse d'un clinicien. Il donc la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (l'histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expériences) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. (L.Fernandez&Coll., 2001, P.74).

Selon M.Grawitz, l'entretien clinique est un mode de collecte de données (c'est un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé). (Depelteau, 2002, P.314).

L'entretien clinique en psychologie vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se basant sur son vécu et on met l'accent sur la relation, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder à la représentation subjective du sujet, de plus il permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il a aménagé ses relations avec autrui et sa vie intime, donc l'objectif de l'entretien clinique est l'activité et le fonctionnement psychique de la personne dans sa globalité et son individualité.

On a utilisé l'entretien pour avoir des informations concernant notre thème de recherche et aussi pour préparer les sujets à la passation du test.

L'entretien clinique est de trois types : l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi directif dont on s'est basé :

3.2. L'entretien soumis-directif :

Pour se définir entant que guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance, dans ce type d'entretien le clinicien pose une question puis s'efface pour laisse parler le sujet : ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours, l'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet , le laisse associé librement, mais seulement sur le thème proposé.(H.Bénony&K.Chahraoui,1999,P.16).

L'entretien soumis-directif est l'attitude non-directif qui favorise l'expression personnelle du sujet est combinée avec le projet d'explorer des thèmes particuliers, le clinicien-chercheur a donc recours à un guide thématique.

-L'entretien soumis-directif peut être défini :

« Comme la situation où le clinicien qui pose quelques questions simplement pour orienter le discours de certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien : les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance, mais les questions ne sont pas formulées à l'avance, elle s'adapte à l'entretien. La structure d'un guide d'entretien reste souple ». (Chiland.C.1983, p 11).

3.3. Inventaire de dépression de Beck :

Application :

C'est le questionnaire de la dépression le plus utilisé dans la population adulte. Il donne une estimation quantitative de l'intensité de la dépression.

Il a été étudiée auprès de personnes âgées et des adolescents plusieurs versions existent, la dernière édition date de 1994 et porte le nom de BDI-II.

Mode de passation :

Il est demandé au sujet de remplir le questionnaire en entourant la lettre qui correspond à la proposition choisie. Il peut entourer dans une série plusieurs numéros, si plusieurs propositions lui conviennent.

Cotation :

Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme, sur échelle de 0 à 3. Dans le dépouillement, il faut seulement tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les 13 items.

Etude de validation :

Il est illusoire de vouloir citer toutes les études psychométriques. Beck et Coll. (1988) ont recensé les principales études après 25 ans d'utilisation.

L'outil aurait été utilisé dans plus de 2000 études empiriques.

La version française a été étudiée à la fois sur des sujets déprimés et des sujets contrôles.

Au moins 25 études d'après Beck et Coll. (1988) ont recherché la consistance interne. Elle est satisfaisante quel que soit le type de sujets (dépressifs ou non).

La fidélité test-retest a été étudiée dans 10 études au moins.

L'indice est très variable suivant les recherches et le type de sujets ; les stabilités test-retest dépend également de l'intervalle de temps entre 02 passations. Elle est meilleure avec des sujets non psychiatriques qu'avec des sujets psychiatriques.

L'inventaire de dépression de Beck différencie les sujets dépressifs de sujets contrôles. Certaines études montrent qu'il différencie des sujets dépressifs de sujets anxieux non dépressifs. D'autres ne retrouvent pas cette distinction entre l'anxiété et la dépression.

Autrement dit l'inventaire de dépression de Beck doit être utilisé avec prudence avec des sujets avec des sujets psychiatriques : un score élevé n'est pas toujours synonyme de dépression majeur, il peut refléter l'anxiété. Par ailleurs le questionnaire est incapable de différencier les différents types de dépression. Enfin, la sévérité de la dépression ne différencie pas de manière significative les gens qui ont des idées suicidaires de ceux qui suicident.

La validité convergente a été particulièrement bien étudiée avec l'échelle de dépression d'Hamilton (elle varie de 0.46 à 0.86 pour des patients psychiatriques et de 0.60 à 0.83 pour des sujets contrôles). Elle a également été étudiée avec un indice de sévérité du jugement clinique, (elle varie de 0.55 à 0.96 pour des patients psychiatriques et de 0.55 à 0.73 pour des sujets contrôles).

L'inventaire de dépression de Beck corrèle de 0.55 à 0.72 avec l'échelle de désespoir. La structure factorielle varie de 2 à 6 facteurs suivant les groupes de sujets (témoins ou dépressifs) et les études, ce qui pose le problème de la stabilité factorielle du questionnaire. Les 03 recherches qui utilisent une méthode de confirmation donnent un facteur général. La sensibilité au changement est bonne.

Normes :

Elles ont été établies par Beck et Steer (1988) et demanderaient à être confirmées pour les niveaux de dépression indiqués. La note seuil de 09 est souvent utilisée pour décider de la présence d'un état dépressif.

-<03 : score normal.

-de04 à 07 : dépression légère.

-de 08 à 15 : dépression modérée.

-16 et plus : dépression sévère.

Conclusion :

L'inventaire de dépression de Beck évalue l'intensité de la dépression chez des patients dépressifs. Il n'est pas adéquat pour porter un diagnostic de dépression sans un entretien de dépistage, en particulier dans une population psychiatrique.

Par ailleurs, six études dont celle de Zimmerman et call – (1986) et Kendall et call (1987) ont montré que le classement des étudiants en sujets dépressifs ou non dépressif avec

un seul point de mesure est invalide. La seconde évaluation, quel que soit le temps de l'évaluation est toujours plus basse que la première.

Le second point de mesure diminue le risque des dépressions transitoires mais il n'améliore pas l'hétérogénéité des diagnostics ayant de hauts scores de dépression. La stabilité psychométrique le plus question.

3.4. La présentation de l'échelle de désespoir-questionnaire H (Hopelessness Scale) :

Cette échelle d'auto-évaluation est une mesure plus spécifique du contenu de la pensée en ce qu'elle vise à mesurer seulement un élément de la triade cognitive, à savoir la vue négative de l'avenir. Le sujet coche vrai ou faux pour chacun des items ; lors du dépouillement, on obtient un score global, en notant que certains items sont inversés.

Le questionnaire H a été employé dans un grand nombre d'études et bien validé. Dans leur première étude, Beck et Coll. (1974) établirent la fidélité, la validité et la cohérence interne du questionnaire dans un groupe de 294 patients hospitalisés qui avaient fait des tentatives de suicide. La validité de structure fut établie en testant plusieurs hypothèses pertinentes au concept de désespoir. Minkoff et Coll. (1973) ont présenté un rapport démontrant que la sévérité des intentions suicidaires présente une corrélation plus élevée avec une protection négative dans le futur selon le degré de dépression clinique. (M. Blackburn&M.Cottraux, 2001, P116).

L'association significative entre les intentions suicidaires et la dépression est due au fait que ces deux variables sont liées à une troisième variable qui est le désespoir. Dans des situations expérimentales, des patients déprimés, après avoir réussi dans un jeu de cartes, étaient plus optimistes non seulement au sujet de leur succès futur dans le même genre de tâche, mais aussi au sujet de leur futur en général, tandis que l'échec avait accru de désespoir.

Une analyse factorielle avec rotation de l'échelle H a révélé trois facteurs ayant un sens clinique : évaluation de l'avenir expliquant 41,7% de la variance ; perte de motivation expliquant 6,2% de la variance et attentes de l'avenir expliquant 5,6% de la variance.

La valeur prédictive du questionnaire H pour les tentatives de suicide à été vérifiée dans plusieurs autres études. Cependant Porkorny et Coll. (1975) ont obtenu de résultats discordants dans un groupe de 55 déprimés hospitalisés après des tentatives de suicide.

La corrélation entre la dépression et l'intention suicidaire était remarquablement plus, élevée que celle entre le désespoir et l'intention suicidaire, respectivement, 0.25 et 0.32, contrastant avec les corrélations de 0.44 et 0.64 obtenues par Mintoff et Coll. (1973).

Porkorny et coll. Attribuent l'écart entre ces résultats aux différences démographiques entre les deux groupes : leur échantillon était composé en majeure partie, d'hommes caucasiens, mariés et protestants, tandis que l'échantillon de Minkoff et coll. Contenait une majorité de femmes, des minorités raciales et religieuses et des individus célibataires, divorcés ou séparés. Dans une étude suivie de cinq à dix ans, Beck et Coll. (1985a) ont trouvé que, sur 207 patients qui avaient été hospitalisés pour des tentatives de suicide, le questionnaire H et l'item de perte d'espoir de l'échelle de dépression de Beck (Beck et coll. ; 1961) étaient les seules mesures à prédire le suicide de 14 patients.

Une étude normative de Greene (1981) sur un échantillon de 400 sujets adultes sélectionnés au hasard dans la population générale, donne moyenne de 4.45, écart type 6.39, bien que les scores soient très dispersés donnant une distribution biaisée dans le sens positif. Dans un échantillon de 88 déprimés avec un diagnostic de dépression majeur (Spitzer et coll. ; 1978), Nekanda-Trepka et Coll. (1983) ont obtenu une moyenne de 13.01, écart type 5.17. La distribution des scores était biaisée dans un sens négatif, avec 12.51 % de l'échantillon obtenant des scores normaux de moins de 6.

Donc, on pourrait conclure que la vue négative de l'avenir n'est pas une condition nécessaire pour la dépression. Dans la même étude, la validité concurrente du questionnaire H a été établie par une corrélation de 0.47, $p < 0.001$, avec l'échelle de dépression de Beck. Il n'y avait pas de relation significative avec plusieurs variables sociales, âge, sexe, niveau d'éducation et classe sociale, ni avec la durée de l'épisode de dépression ou la sévérité de la dépression ou la sévérité de la dépression comme évaluée par le clinicien sur l'échelle de Hamilton (Hamilton, 1960).

D'autres données de validation furent obtenues par Hamilton et Abramson (1983) et Blackburn et Coll. (1986). Hamilton et Abramson ont comparé un groupe de déprimés satisfaisant les critères diagnostiques de dépression majeure unipolaire et un groupe psychiatrique de non déprimés à leur admission à l'hôpital et à leur sortie et un groupe contrôle normal. A la première occasion, les sujets dépressifs ont obtenu des scores significativement plus élevés ($M=10,2$) que les deux groupes non déprimés ($M=2,1$ et $2,3$). A la seconde occasion, le score des déprimés était réduit significativement ($M=4,1$), tandis que pour les deux groupes non déprimés, les scores étaient restés stables. Blackburn et Coll. ont obtenu des données démontrant une différence significative ($p < 0,001$) entre des sujets déprimés ($M=11,4$) d'une part et des anxieux ($M=5,9$), déprimés remis ($M=6$) et contrôles normaux ($M=3,6$) d'autre part.

On peut dire que jusqu'à maintenant ce débat n'est pas tout à fait résolu, et qu'il serait indiqué d'évaluer plus profondément l'effet de la tendance à donner des réponses socialement acceptables non seulement sur les échelles de désespoir, pour qu'on puisse prédire les actes suicidaires d'une manière plus fiable, mais aussi sur les mesures cognitives en général. Il est donc recommandé d'utiliser autant que possible des échelles d'auto-évaluation.

On peut conclure qu'une vue négative du futur est bien établie comme une caractéristique de la dépression, mais elle n'est pas universelle chez les déprimés. Cette vue négative, ou le désespoir, caractérise l'état de dépression, n'est pas un trait de personnalité, mais prédit les idées et les tentatives suicidaires. Il faut cependant prendre en considération la possibilité qu'on réponde socialement acceptables et désirables. (M. Blackburn & M. Cottraux, 2001, P119).

4. la population d'étude :

Le nombre de cas de cette étude est constitué de 06 personnes dont l'âge varie entre 11 à 35 ans, 04 sont mariés et 03 célibataires, tous les sujets ont un niveau inférieur au BEM, tous les cas répondant à l'objet de notre recherche et à partir du diagnostic présenté par le psychologue du centre de protection et le psychiatre trouvé à l'hôpital au niveau du service psychiatrique, les participants ont chaque fois été informés de l'anonymat et de la confidentialité de leurs réponses.

5. le déroulement de la recherche :

notre stage s'est déroulé durant une période de 02 mois s'étalant du 01-02-2013 au 01-04-2013 au centre de protection des adolescents de Tichy, et une période de 02 mois au service psychiatrique à l'hôpital Franz Fanon de Bejaia du 08-03-2013 au 08-05-2013, après avoir l'accord favorable des psychologues du centre et le psychiatre de l'hôpital ainsi que les directeurs des 02 lieux.

On a tenté un contact avec les sujets déprimés, on a essayé de gagner leur confiance et d'expliquer le but de notre recherche.

On assurant la confidentialité et l'anonymat et les résultats des 02 échelles.

En suite on a réalisé notre entretien en fonction de leur disponibilité et leur compréhension et après on a appliqué la passation des 02 échelles.

Les entretiens ont été effectués dans le bureau du psychologue et du psychiatre, qui nous a orientés, tout au long du stage, les questions du guide d'entretien ont été posées en langue française, pour les personnes maîtrisent cette langue.

Quatrième chapitre

ANALYSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

1-La présentation des cas et analyse des résultats :

I. CAS. Mr (K.H) :

Mr (K.H) est un homme âgé de 43 ans, marié et père de 03 enfants dont 02 filles et 01 garçon, Il demeure à AKBOU de la wilaya de Bejaia. Il a été déscolarisé à la première année moyenne, le sujet (K.H) est le deuxième d'une fratrie de 06 personnes, dont le premier frère et quatre filles, Il est issu d'une famille pauvre, père décédé et mère sans profession, les 03 sœurs et le frère aîné sont mariés.

Mr (K.H) travaille comme agent de sécurité dans une entreprise privée. Il est souvent en conflits avec ces collègues de travail, Selon ces dires ces conflits sont le premier facteur déclencheur de sa dépression.

I-2. Analyse de l'entretien

Notre entretien avec Mr (K.H) s'est déroulé sans difficulté suite à un consentement prouvé par ce dernier, il a été très coopératif.

Selon son dossier médical le début de ce trouble dépressif remonte à l'âge de 30 ans.

Mr (K.H) a passé une enfance très difficile dure à supporter, il a perdu son père à l'âge de 12 ans. Selon ses dires il a arrêté ses études pour chercher un travail, il exprime «j'ai perdu mon père à l'âge de 12 ans, on a vécu des difficultés sur le plan économique, alors j'ai décidé d'arrêter mes études pour chercher un travail et aider mon grand frère.... », Mais maintenant il regrette et se culpabilise de ne peut pas pouvoir continuer ses études. Il déclare aussi « la pauvreté m'a poussée à abandonner mes études alors que j'étais un excellent élève,.... ».

Le sujet (K.H) se fatigue trop même sans avoir fait d'effort particulier, il a en permanence une sensation de manque d'énergie qui s'ajoute au découragement et à la douleur physique et morale. Il avoue « je suis fatigué, le moindre effort me fatigue, je suis incapable de faire le moindre travail..... ».

Mr(K.H) n'a pas de bonnes relations avec ses collègues de travail qu'il considère comme la cause principale qui a déclenché sa dépression, « je suis toujours en colère avec eux au travail, personne me respecte, je suis sans valeur pour eux je ne peux pas me mettre en accord avec eux, (silence), je ne pourrais pas vivre comme ça ».

Le sujet (K.H) manifeste sa tristesse car sa famille lui manque trop, surtout ses enfants, il exprime « lorsque je pense à mes enfants, je pleure sans cesse.... ».

Cette personne présente des distorsions cognitives, elle a une perception négative d'elle-même car elle a des échecs dans sa vie elle déclare sa réponse «je suis nul, je ne vauds rien, je ne suis jamais réussie dans toute ma vie.... ». Il est souvent triste et pessimiste et le manque de confiance en évolution de son progrès, par rapport à ses dires, dans sa vie y a que des sentiments de désespoir, de ne valoir rien, le sentiment de ne pas réussir ni dans son travail, ni dans sa famille « je ne réussis pas non plus à faire quelque chose de ma vie (larmes aux yeux), quand je pense à tout cela, je me sens désespéré ».

Lorsque on a demandé au sujet (K.H) s'il est satisfait dans sa vie quotidienne, il nous a répondu comme suit « je ne tire aucune satisfaction, toutes les choses ne sont pas comme je veux, ma vie n'a aucun sens ».

I-3.Présentation des résultats de l'échelle de dépression

Les réponses du Mr (K.H) aux items de l'échelle de Beck donnent un score de 20 qui correspond à une dépression sévère qui montre la présence d'une souffrance sur tous les plans. Ses réponses ont été comme suit : (03) réponses cotées (03). Ce qui renvoie dans l'item N° de la tristesse, le sujet apparaît démoraliser et amer « je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter ». Comme il éprouve un sentiment de pessimisme ou sujet de l'avenir dans l'item N°02 « je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer ».

Pour l'item N°06 le sujet a coté le degré N°03 « je me hais » ce qui signifie qu'il ne supporte pas soi-même et il éprouve un sentiment négatif.

Mr (K.H) a choisis (04) réponses de degré (02), à savoir l'item N°04 où apparaît le manque de satisfaction chez Mr (K.H) «je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que se soit » et dans l'item N°08 perte d'intérêt « j'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiment pour eux », et dans l'item N°09 sur l'indécision « j'ai de grandes difficultés à prendre des décisions ».

Pour l'item N°10 apparaît la perte d'intérêt pour le sexe «j'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître gracieux ».

Dans les trois autres items le sujet donne le degré (01) on cite celui de l'échec dans son passé « j'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plus part des gens » et dans l'item N°11 où il mentionne le degré (01) dont se manifeste le manque d'énergie « il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose » et enfin dans l'item N°12 il a coté le degré (01) apparaît pour une asthénie et une fatigue pendant la journée « je suis fatigué plus facilement que d'habitude ».

I.4. Présentation des résultats de l'échelle de désespoir

Mr (K.H) a accueilli la passation de cette échelle sans difficulté remarquée.

La note finale obtenue par ces réponses de Mr(K.H) aux items de l'échelle de désespoir signifie que le sujet n'a aucun espoir à son avenir, ses réponses ont été comme suit : 12 réponses vraies et 08 réponses fausses, et les items de réponses vraies sont les suivantes (2, 3, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) et toutes ces réponses reflètent le pessimisme.

Le sujet(K.H) représente des sentiments négatifs envers lui-même ou il exprime dans les items suivants (2, 3, 11, 12, 14, 16,20), ce qui signifie que Mr (K.H) est toujours triste et insatisfait, lui manque de confiance en l'évolution de son progrès cela se montre dans l'item N°02 « je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi » ainsi que dans l'item N°12 « je n'espère pas avoir ce que je désire le plus ».

Mr (K.H) manifeste des considérations négatives sur son futur, il a confirmé ses réponses dans les items qui suivent (4 ,7 ,9 ,17 ,18). Le sujet voit son avenir sombre et sans espoir. Il est découragé et désespéré. Pour lui y a rien ne peut s'améliorer, il exprime dans l'item N°04 « je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans dix ans ». Ainsi que dans l'item N° 17 « il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelle satisfaction dans le futur ».

I.5. synthèse:

On peut constater que d'après l'analyse de l'entretien est l'interprétation des deux échelles de Beck que le sujet (K.H) souffre d'une dépression sévère d'une moyenne de 20. Ce qui indique que cette personne admet avoir des idées de tristesse, de déception et d'échec. L'échelle de dépression comprend des items révélant des troubles de sommeil, un manque d'énergie et une perte d'appétit. Des scores élevés sur l'échelle de désespoir semblent indiquer que le répondant voit son avenir comme étant triste et sombre.

II. CAS. Mr. (B.A):**II.1. Présentation:**

Mr (B.A) est un jeune célibataire âgé de 31 ans, il est de KHERATA wilaya de Bejaia, issu d'une famille pauvre et nombreuse composée de 09 personnes, dont 03 garçons et 04 filles, il est le deuxième de sa fratrie, les 04 filles et l'ainé sont mariés. Le sujet (B.A) vit des conditions très difficiles avec ses parents, Il a un niveau scolaire de sixième année primaire. Il a un caractère dur supporté, a causé à son niveau n'arrive pas à trouver un travail, c'est le facteur qui a déclenché sa dépression.

II.2. Analyse de l'entretien:

L'entretien qu'on a mené avec Mr(B.A) était bien passé sans aucune difficulté, sans hésitation d'avouer ce qu'on a besoin de le savoir.

On a entamé notre débat par la question, « pour quoi vous-êtes ici à l'hôpital ? », puis il nous a répondu par « vous devrez poser cette question à mes parents et non pas à moi. », le sujet paraît nerveux et agressif.

Par rapport à ces dires, il est souvent en conflits avec ces parents notamment son père, à cause de son chômage, ces parents le voient comme incompetent où il s'exprime « je suis incapable de faire le moindre travail, je suis nul, mes parents me voient comme ça ».

On a remarqué que le discours de Mr (B.A) est un mélange de pessimisme et de pensées noires construit sur ses représentations et ses images mentales perturbatrices par ses aspects lugubre et sans espoir, il se perçoit et s'estime comme inconsistant et sans valeur, il avoue « personne ne me respecte, je ne vauds rien, je suis déçu- par moi-même » (larmes aux yeux).

Le sujet n'est pas satisfait à l'hôpital, il est toujours triste et cafardeux, il préfère s'isoler et rester seul « je déteste ce lieu, tout le monde me dérange, je n'aime ni fréquenter, ni faire d'amis, je préfère rester seul ».

Mr(B.A) présente des modifications dans son sommeil ainsi que dans l'appétit, il s'exprime « je n'arrive pas à m'endormir je ne sais pas pourquoi, je pense que c'est à cause de ces médicaments que je prends, aussi mon appétit est moins bon ».

Concernant ses projets et ses constructions sont dans une impasse insurmontable, le sujet a montré un sentiment de désespoir et de pessimisme, il déclare sa réponse « je sens

qu'il y a aucun espoir pour mon avenir, je ne crois pas aux grandes choses après ma sortie d'ici.... ».

II.3. L'interprétation et analyse de l'échelle de dépression :

La note finale obtenue par les réponses de Mr (B.A) aux items de l'inventaire de Beck est de (23) qui correspondent à une dépression sévère.

Selon ses réponses, le sujet souffre d'une tristesse insurmontable apparaît avec des sensations de peine loin de sa famille, cela se montre à partir de sa réponse dans l'item N°01 de la tristesse, il a coté le degré (02) « je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir », Dans l'item N°03 le sujet a coté la réponse (02) où il marque un échec dans sa vie « quand je regarde ma vie passé, tout ce que j'y découvre n'est qu'échec ». Et dans l'item N°04, Mr (B.A) manifeste le manque de satisfaction dans sa vie « je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit », le sujet se voit comme le centre de la source de ses problèmes, il ne cesse pas de mépriser soi-même par des reproches et des sentiments de honte accompagné par des gestes et des mimiques, dans l'item N°05 de la culpabilité il a coté le degré (02) « je me sens coupable », il éprouve des sensations de vie et d'inaptitude de confronter les événements de la vie a donné ses sources sur les préoccupations habituelles du sujet à savoir le dégoût et le déplaisir, dans l'item N°08 où il a mentionné le (02) degré « j'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux ».

Le sujet a perdu totalement son intérêt au sexe qu' il a cité à l'item N°10, il a coté la réponse (02) « j'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux », Il se sent épuisé d'une fatigue et sans force, dans l'item N°12, nous montre cette dernière « faire quoi que ce soit me fatigue », concernant l'item N°02 du pessimisme, le sujet a coté (03) où il manifeste le sentiment de désespoir par rapport à son avenir, il s'exprime « je sens qu'il n y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer ».

Mr (B.A) éprouve des sentiments négatifs envers soi-même, qu'il exprime à l'item N°06, qu'il a coté le degré (03) « je me hais ».

Mr(B.A) trouve des difficultés pour prendre ses décisions, Par rapport à l'entretien qu'on a établi avec lui il a beaucoup d'hésitation et des soupçons à faire ses choix où, Il a coté (01) l'item N°09 « j'essaie de ne pas avoir à prendre de décision ».

Le sujet perd son énergie, son gout pour le moindre travail, il s'explique dans l'item N°11 le (01) « il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose ».

II.4. Présentation des résultats de l'échelle de désespoir :

D'après l'analyse de l'échelle de Beck le sujet présente un score très élevé du désespoir qui correspond au (13), ce qui signifie que le sujet présente des pensées négatives envers le soi, l'environnement ainsi que le futur, ses réponses été comme suit : 13 réponses **vrais** et 07 réponses **fausses**.

Toutes les réponses qui sont vrais reflètent le pessimisme qui sont (2,3,4,5,7,9,11,12,14,16,17,18,20), donc Mr (B.A) montre un échec malheureux, il l'adapte à toute situation se présentant à lui, ce qui lui permet de présenter un sentiment négatif envers le soi et s'estimer comme incapable et sans valeur cela se confirme dans l'item N°02 « je fais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi », ainsi que dans l'item N°14 « les choses ne sont pas comme je le veux ».

Les désirs de Mr (B.A) sont dans une impasse insurmontable, il éprouve un sentiment de désespoir important par rapport a son avenir, cela se montre dans les items suivants (4, 7,18), dont l'item N°04 « je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans dix ans », l'item N°07 « mon avenir me semble sombre », et enfin dans l'item N°18 « l'avenir me semble vague et incertain ».

II.5. Synthèse :

Pour le cas de Mr(B.A), plusieurs éléments sont réunis pour que le sujet éprouve une dépression sévère d'une moyenne de (23) qui sont la cause de l'apparition des sensations de méfiance, de l'indétermination de soi et l'insatisfaction de sa vie générale, les scores élevé sur l'échelle de désespoir qui est (13), indique que le sujet perçoit son environnement et son avenir sans espoir et malheureux, il s'estime comme inconsistant et sans valeur.

III. Cas Madame (S.N) :

III.1. Présentation:

Madame (S.N) est âgée de 42ans et mère de 03 enfants, dont l'ainé âgé de 16ans, et les 02 autres, un garçon âgé de 15ans, et une fille âgée de 09ans, elle demeure à Bejaia, sans profession, elle est la troisième d'une fratrie de quatre personnes, dont trois garçons et une fille sont mariés, son mariage été un mariage d'amour qui a duré 17 ans, qui demeure à ce finir par le divorce, est c'est le seul événement qui a déclenché sa dépression.

III.2. Analyse de l'entretien :

L'entretien qu'on a abordé avec Mme(S.N) été bien passé sans aucune difficulté suite au consentement éprouvé par elle, elle a été très coopérative, Mme (S.N) apparu calme et très compréhensive avec nous, son trouble remonte à l'âge de 28 ans.

Au cours de l'entretien, Mme(S.N) révèle qu'elle a eu des difficultés avec son marie depuis sa deuxième grossesse, s'explique par une tristesse et morosité, en fondant en larmes dit « vraiment j'ai vécu une souffrance avec mon marie, c'est à partir de ma deuxième grossesse que les problèmes ont commencés, c'est lui la cause de ma maladie(dépression) ».

Mme (S.N) dit que son état de stress lui éprouve des sentiments de haine envers ses enfants, on a voulu comprendre la raison de cette haine, elle nous a répondu « c'est plus fort que moi, je les aime pas et je m'intéresse pas à eux, puisque ce sont ses enfants... (Silence) », Elle a refusée de continuer sa parole.

Ce que nous a attiré l'attention, lorsqu'elle nous a parlée sur ses doutes envers son marie avant le divorce, selon ses propos « il sort à 4h.00 du matin et il rentre à 00h.00 et dés fois reste plus de 2 jours absent, (larmes aux yeux), toute est claire il me trahie ».

Mme (S.N) présente des pensées négatives répétitives, elle se perçoit et s'estime comme incompetente et non respecter par les autres, selon sa description « je suis nulle, personne me respecte, personne ne m'aime, je n'arrive pas à satisfaire mes enfants, je suis une mauvaise maman ».

Cette sensation s'ajoute au découragement et un épuisement d'une asthénie, elle exprime « je me fatigue plus facilement même sans avoir fait d'efforts particuliers, même mes enfants je les aie abandonnée ».

Elle manifeste des sentiments de culpabilité, elle se voit à l'origine de la situation et responsable de ces peines, elle déclare « je me sens coupable pour beaucoup de choses que j'ai faites, et parmi ces choses mon mariage avec lui..... ».

Cet état d'esprit et de motivation négative est dû à des mauvaises interprétations, par rapport à ses dires, elle a vécu que des échecs malheureux dans toute sa vie où elle dit « j'ai échoué dans toute ma vie, je ne sais pas si c'est moi le problème ou c'est le hasard ».

Mme (S.N) s'est montrée pessimiste vis-à-vis de sa vision à l'avenir « je n'ai pas d'avenir et ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire... ».

III.3. L'interprétation et l'analyse de l'inventaire de dépression:

L'analyse de l'échelle de Beck a révélé que Mme (S.N), présente une dépression sévère avec un score de (24). Elle a coté (06) réponses de degré (02) concernant l'item N°04, le sujet apparaît amer et insatisfait, elle a coté « je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit », ainsi que dans l'item N°05 de la culpabilité, elle n'hésite pas de faire des reproches et des accusations sur elle-même « je me sens coupable ».

Mme (S.N) a exprimé dans l'item N°08, qu'elle a coté à (02) un désintérêt aux certaines activités habituellement « j'ai perdu tout intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux », elle se sent découragée et troublée, cela a répercuté sur ses décisions et ses choix, exprime à l'item N°09 sur l'indécision, elle a coté le degré (02) « j'ai de grandes difficultés à prendre des décisions », le sujet a perdu tout son intérêt sur le sexe qui se manifeste dans l'item N° 10 « j'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieuse », Mme (S.N) exprime par une asthénie et une fatigue pendant la journée, dans l'item N° 12 « faire quoi que ce soit me fatigue », et pour le degré (03) elle a coté 03 réponses, à savoir l'item N°01 la tristesse, le sujet s'avère désemparée et triste « je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter », elle éprouve un sentiment de désespoir important par rapport à son avenir « je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer », Mme (S.N) prouve peu d'énergie pour faire quoi que ce soit dans l'item N°11, elle a coté le degré (03) « je suis incapable de faire le moindre travail », pour les items (03,06), elle éprouve le sentiment d'échec dans toute sa vie, elle a coté le degré (01) « j'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plus part des gens », et le sentiment négatif envers elle-même « je suis déçus par moi-même », et pour l'item N°12 de la modification dans l'appétit, elle a coté le degré (01) « mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude ».

III.4. Présentation des résultats de l'échelle de désespoir :

Selon l'échelle de Beck du désespoir, Mme (S.N) présente une perception négative vis-à-vis à son environnement, son futur et sa valeur de soi.

La note finale obtenue à cette échelle du degré (12) confirme cette souffrance et son pessimisme.

Ces réponses ont été comme suite : 12 réponses vraies et 08 réponses fausses, tous les items de réponses vrais signifient que le sujet n'a aucun espoir à son avenir, elle se voit comme inconsistante, nulle et sans valeur car c'est une femme divorcée, le milieu familiale de Mme (S.N)lui paraît incompréhensible et loin de ces préoccupations présentes, pour elle tout va mal, cela se voit dans l'item°06 « je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent , il est ridicule de désirer quoi que ce soit », et dans l'item°14 »les choses ne sont pas comme je le veux ». Mme(S.N) montre des pensées négatives sur son avenir, elle confirme ces réponses dans les items (7, 9, 17, 18), elle voit son futur sans espoir.

III.5. synthèse :

D'après notre entretien avec madame (S.N), celle-ci a une personnalité qui se sous-estime, avec un manque en soi-même, cet état d'esprit est le résultat de l'évènement qui a bouleversé sa vie conjugale. Avec l'interprétation du résultat obtenu par l'inventaire de Beck ; cette dame présente une dépression sévère avec un résultat de (24). Ses résultats à l'échelle de désespoir avec (12), montre que notre dame a des visions négatives réductionniste sur son environnement et sans espoir.

IV. cas. Mr (A.M):**IV.1. présentation :**

Mr (A.M) est un jeune adolescent âgé de 11 ans, il est d'origine de la Wilaya de Blida, déscolarisé à la 2^{eme} année primaire, sa mère est remariée, le sujet déteste son beau père au point qu'il refuse de prononcer son nom.

Le jeune adolescent(A.M) manifeste des comportements agressifs que sa famille ne peut pas supporter, ainsi que ses fugues de la maison, donc elle a décidé de le mettre dans le centre de protection de Tichy par l'autorisation de juge des mineurs pour le danger moral. Son placement dans le centre a été le 11-01-2013.

IV.2. Analyse de l'entretien :

Notre débat avec Mr (A.M) a été déroulé sans difficulté, mais ses réponses à nos questions étaient très limitées. Le sujet est nouveau dans le centre, il n'arrive pas à s'adapter, supportant mal les difficultés de ce placement.

Le sujet souffre d'une tristesse affective à cause de sa séparation de sa famille notamment sa mère, il avoue « ma mère me manque vraiment, je n'arrive pas à supporter son absence... ».

Le jeune adolescent a une relation conflictuelle marquée par des sentiments d'insulte et de méprise, il exprime « je préfère rester seul, je ne supporte personne.... », Par rapport à ces dires on a pu constater que Mr (A.M), éprouve un sentiment de haine envers son beau père, il déclare « je le déteste, je ne peux même pas prononcer son prénom (silence) il veut remplacer mon père que je n'ai jamais vu. ».

Le sujet montre une chute douloureuse de l'estime de soi, il se dévalorise systématiquement, il avoue « à la maison personne ne me supporte, car je suis nul, tout ce que je fais est mauvais » (larmes aux yeux), il ajoute « j'arriverai jamais à satisfaire ma famille... ». Mr (A.M), comme il est nouveau dans le centre, il a connu des modifications dans son appétit, ainsi que des insomnies, selon sa description « des fois je passe des nuits blanches, je n'arrive pas à m'endormir... », Et pour son appétit « je mange assez peu, je n'ai pas d'appétit.... », Le sujet se peine d'une asthénie, la perte d'intérêt pour le centre et pour ces activités habituellement plaisantes, il exprime « je m'ennui, je n'ai plus envie de rien,... ».

La tristesse extrême, un pessimisme anxieux paraît chez l'adolescent, concernant le sujet de l'avenir, où s'est montré désespéré et découragé « il m'attend un futur sombre et sans espoir, je n'ai aucun niveau. ».

IV.3. Interprétation et analyse de l'inventaire de Beck :

Selon l'inventaire de Beck, le sujet présente une dépression sévère avec un degré de (22), il a coté (07) réponses de degrés (02), à partir des items suivants :

Concernant l'item N°02 du pessimisme, Mr (A.M) manifeste un désespoir par rapport à son avenir, il a coté « pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer. », il a montré un sentiment de reproche et de honte vis-à-vis de son passé, cela s'explique dans l'item N°03 qui est l'échec dans le passé « quand je regard ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs ».

Avec l'item N°04 d'insatisfaction, Mr (A.M) a coté le degré (02) « je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit », ainsi que dans l'item N°07, la vie du sujet paraît sans intérêt, terne, morne, où il a coté le degré (02) « j'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux », Mr (A.M) se sent épuisé d'une asthénie, d'une fatigue sans force durant toute la journée, il exprime dans les items N°10 et N°11 « il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit », ainsi « faire quoi que ce soit me fatigue ».

Le sujet donne 02 réponses de degrés (03) pour l'item N°01, il a montré qu'il souffre d'un chagrin et un malaise accompagné par un sentiment de tristesse à partir de sa cotation « je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter », il éprouve un sentiment négatif envers lui-même, il a coté le degré N°03 « je me hais », Mr (A.M) trouve des difficultés à prendre ces décisions et ses choix, il a montré ça dans l'item N°09 le degré (01) « j'essai de ne pas avoir à prendre de décision ».

IV.4. Présentation des résultats de l'échelle de désespoir :

Mr (A.M) a accueilli la passation sans aucune difficulté remarquée. Les réponses du sujet aux items à cette échelle donnent un score de 13 réponses vraies et 07 réponses fausses, qui montrent la présence du pessimisme envers son soi, son environnement et son futur.

Les items de réponses vraies ont été comme suites : (2,4,5,7,9,11,12,14,15,16,17,18,20), elles reflètent au pessimisme, ce qui signifie que le sujet éprouve un sentiment négatif envers lui-même, et un manque de confiance en l'évolution de son progrès, cela se montre dans l'item N°02 « je ferais mieux abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi », ainsi que dans l'item N°14 « les choses ne sont pas comme je le veux ».

Les degrés d'impuissance et de désespoir que Mr (A.M) semble ressentir constamment montrent la difficulté de pouvoir surmonter sa situation, il confirme ses réponses dans les items qui suit (4, 7, 9, 17,18), il considère son avenir sombre et sans espoir, complètement découragé pour lui rien ne peut s'améliorer, il exprime dans l'item N° « je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans dix ans », Ainsi que dans l'item N° « l'avenir me semble vague et incertain ».

IV.5.synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien est l'interprétation de l'inventaire de Beck qu'on a effectué, on a constaté que Mr (A.M) présente une chute douloureuse de l'estime de soi, et une tristesse extrême, il souffre d'une dépression sévère du degré (22), qui indique que le sujet admet avoir des idées d'échec, dévalorisation. Les scores de l'échelle de désespoir qui est de (13) semblent indiqués que Mr(A.M) voit son avenir sans espoir et malheureux.

V. Cas. Mr (Z.D) :**V.1. Présentation :**

Mr(Z.D) est adolescent âgé de 17 ans, d'origine de Batna, il a un niveau d'instruction de première année moyenne, issue d'une famille pauvre, il a perdu sa mère à l'âge de 10 ans, son père a remarié. Le sujet occupe la deuxième position d'une fratrie de quatre personnes dont un garçon et deux filles.

Mr (Z.D) manifeste des comportements agressifs avec tous les membres de sa famille, et même avec ces voisins, et après des fugues répétés et des ennuis dans son milieu, son père a décidé de le placer dans un centre de protection à Tichy, cela était sous l'autorisation du juge des mineurs, le 20-07-2012.

V.2. Analyse de l'entretien :

Notre entretien avec Mr (Z.D) est déroulé dans le bureau du psychologue de centre, il s'est passé dans des bonnes conditions où il a montré une attitude coopérative et compréhensive d'avoir accepté facilement notre demande et de nous aides à illustrer son cas.

Lors de l'entretien nous sommes mis à demander au sujet de nous raconter les antécédents familiaux, il a d'ailleurs fondu en larmes quand il évoqué le décès de sa mère, alors qu'il était à peine, âgé de 7 ans, il nous a avoué « maman me manque vraiment, j'étais très attaché à elle, je l'aime très fort et je n'arrive pas à l'oublié ».

Le sujet se désintéresse brusquement des jeux et activité qui le passionnais antérieurement, il ne recherche plus la compagnie de ses amis de centre, il est souvent agressif et intolérant, et d'après sa réponse, on a constater un émoussement affectif par rapport aux éducateurs, une relation conflictuelle marquée par des sentiments d'insultes et de méprise, il déclare sa réponse par « je n'aime ni fréquenté, ni faire d'amis, et je ne supporte plus mes éducateurs, ils refusent de me satisfaire, j'obéis personne, c'est mon caractère.... ». Mr (Z.D) se perçoit comme sans valeur et non respecté par les autres, il résulte des pensées négatives sur lui-même, il avoue « je suis nul, je ne compte plus pour personne surtout à mon père, et tout ce que ce je fais est mauvais ».

Le sujet a connu des modifications dans son appétit, ainsi que des insomnies, il exprime « je n'ai pas d'appétit, et je n'arrive pas à m'endormir, je ne sais pas pour quoi... », Pour le sujet de l'avenir, le sujet éprouve des sentiments négatifs envers son futur, il apparait

pessimiste, par rapport à ses descriptions « je n'ai aucun avenir, mon futur est incertain, il est sombre pour moi ».

V.3. Présentation et analyse de l'inventaire de Beck :

L'adolescent (Z.D) a accepté de passer l'épreuve de l'inventaire avec un peu d'appréhension, qui obtient le score de (15), qui signifie une dépression modérée, elle montre la présence d'une tristesse profonde apparaît avec des sensations de peine loin de sa famille, cela se montre dans les réponses qu'il a coté, dans l'item N°01 de la tristesse, le sujet a coté la réponse(01) « je me sens cafardeux ou triste », et dans l'item N°03, il a coté la réponse (01), où il marque un échec dans sa vie, « j'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens ».

Mr (Z.D) montre des sensations de vie d'inhabitude de confronter les événements de la vie à donné ses sources sur les préoccupations à savoir le dégoût et le déplaisir, dans l'item N°08 où il a mentionné la réponse N°01 « maintenant, je m'intéresse moins autres gens qu'autre fois », le sujet (Z.D), trouve des difficultés à prendre ses décisions, lors de l'entretien, il s'est montré hésitant et soupçons à faire ses choix, dans l'item N°09, il a coté la réponse (01) « j'essaie de ne pas à prendre de décision », ainsi dans l'item N° 11, il a mentionné la réponse (01), dont se manifeste le manque d'énergie « il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose », et dans l'item N° 12 il a coté le degré (01), apparaît une asthénie et une fatigue pendant la journée « je suis fatigué plus facilement que l'habitude ».

Et enfin pour l'Item N°13 de la modification dans l'appétit, il a coté la réponse (01) « mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude ».

Mr (Z.D) cote (04) réponses de degré (02), l'item N° 02 de pessimisme, le sujet éprouve le sentiment de désespoir important par rapport à son avenir « pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer », l'item N°04 où apparaît le manque de satisfaction chez le sujet « je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit », le sujet ne cesse pas de mépriser soi-même par des reproches et des sentiments de honte, cela se montre à l'item N°05 le sentiment de culpabilité, il a coté la réponse (02) « je me sens coupable », et pour l'item N° 10, apparaît la perte d'intérêt pour le sexe « j'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître gracieux ».

V.4. Présentation des résultats de l'échelle de désespoir :

Les réponses du Mr (Z.D) aux items de l'échelle de désespoir de Beck donnent un score de 12 réponses vraies , qui signifie que le sujet éprouve un de désespoir envers son avenir, et le sentiment d'auto-dévalorisations, et ses réponses ont été comme suites : (2,3,4,5,7,8,10,14,16,17,18,20), et toutes ces reflètent au pessimisme.

Le sujet (Z.D), présente des sentiments négatifs envers lui-même, par rapport à ses descriptions dans les items suivants (2, 3, 16,20), ce qui signifie que ce monsieur est souvent triste, lui manque de confiance en évolution de ses progrès cela se montre dans l'item N°02 « je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi », et dans l'item N°16 « je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que ce soit ».

Le sujet (Z.D), à une perception négative sur son futur, il a confirmé ses réponses dans les items suivants :(4, 7, 17, 18), il le voit incertains et sans espoir, il est découragé et rien ne peut s'améliorer, il avoue dans l'item N°07 « mon avenir me semble sombre », ainsi que dans l'item N°17 « il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelle satisfaction dans le futur ».

V.5. synthèse:

On peut constater que d'après l'analyse de l'entretien est l'interprétation de l'inventaire et l'échelle de désespoir de Beck, que le sujet (Z.D) souffre d'une dépression modérée d'une moyenne de 15, ce qui signifie que le sujet présente une tristesse profonde, et des idées d'échecs, par rapport au score de désespoir, Mr (Z.D) manifeste un sentiment de pessimisme vis-à-vis à son futur.

VI. Cas. Mr. (B.W) :**VI.1. Présentation:**

Originaire de wilaya de Constantine, Mr (B.W) est un jeune adolescent âgé de 17 ans, issus d'une famille assez pauvre, fils d'une mère au foyer, et un père décédé à qui a été très attaché et qu'il aimait beaucoup.

Mr (B.W), né après 02 frères, il est le troisième dans la position de la fratrie. Il a un niveau scolaire de 3^{ème} année moyenne. Dès l'âge de (15) ans à ce jours le sujet à fait plusieurs fugues de la maison, lorsqu'il est devenu insupportable après un dernier acte avec d'autres amis, sa mère a décidée de le présenter au juge des mineurs pour danger moral, son transfert au centre de Tichy été le 21-04-2010, pour une période de 03 ans.

VI.2. Analyse de l'entretien :

Notre entretien avec Mr (B.W) est déroulé dans le bureau du psychologue du centre, il s'est passé dans des bonnes conditions ou il a montré une attitude coopérative. Dès le début il s'est met très aise et répond à nos questions d'une façon spontanée et immédiate.

Au cours de l'entretien, Mr (B.W) révèle qu'il a eu des difficultés depuis la mort de son père, en fondant en larmes dit «vraiment j'ai vécu une souffrance, moi et mes frères la mort de mon père.... ».

Le sujet s'est apparu découragé, il nous répond avec une tristesse en nous confiant qu'il souhaite de quitter le centre le plus vite possible et cela par sa réponse « ce centre me plait pas, je n'aime pas que je reste de tout ici, c'est ma mère qu'il le veut », il se sent mal à l'aise « je suis instable, depuis ce placement rien ne marche pour moi.... ».

En lui demandant de nous parlé de ses relations dans le centre, d'après sa réponse, il sur-généralise « je supporte plus, les amis ne sont pas fidèles, ils finiront par me trahir, donc vau mieux ne pas se rapprocher d'eux ».

Mr (B.W) se fatigue trop même sans avoir fait d'efforts particulier, il avoue « je suis fatigué plus facilement que d'habitude ». Il présente des distorsions cognitives, telles que, l'inférence arbitraire, il exprime « quoi que ce soit, je ne vais pas réussir ». Le sujet nous a montré un sentiment de désespoir et de pessimisme à son avenir, il déclare « je ne crois pas aux grandes choses après ma sortie d'ici... ».

VI.3. Présentation et analyse de l'inventaire de dépression de Beck :

Mr (B.W) obtient un score de (12), qui correspond à une dépression modérée selon l'inventaire de Beck. Il confirme un malaise et une souffrance importante presque sur tous les plans, cela a influencé la vie entière du sujet. Une tristesse incompréhensible et envahissante, exprime à l'item N°01, il cote la réponse (01) « je me sens cafardeux au triste », le sujet manifeste un désespoir par rapport à l'avenir et la période après le placement, cela se montre à l'item N°02 (pessimisme), « j'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir », un avenir sans espoir et sans goût, tout comme le noir.

Concernant l'item N°03 (échec dans le passé), il a montré un sentiment de reproche et de honte vis-à-vis de son passé « j'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens », le sujet (B.W) manifeste des sensations de critique envers soi, il exprime à l'item N°06 (sentiments négatifs envers soi-même), « je suis déçu par moi-même ».

Le sujet perd son goût, même beaucoup d'hésitation et des soupçons à faire ses choix, cela expliquer par les items N°09 et N°11, d'indécision et perd d'énergie « j'essaie de ne pas avoir à prendre de décision, et un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose ».

Mr (B.W) a choisis (02) réponses de degrés (02), à savoir l'item N°04 où apparaît le manque de satisfaction chez le sujet « je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que se soit ».

Le sujet se voit à l'origine de la situation actuelle et le seul responsable de ces peines, il ne peut s'en prendre qu'à lui, n'hésite pas de faire des reproches, tout vient de lui, tout et de sa faute, se montre à l'item N°05 (culpabilité) « je me sens coupable ».

VI.4. Présentation des résultats de l'échelle de désespoir :

Mr (B.W) a accueilli la passation sans difficulté remarquée. La note finale obtenue est de (12), ce qui indique que Mr (B.W) n'a aucun espoir à son avenir, et qu'il présente des pensées négatives envers son environnement, ces réponses ont été comme suit : 12 réponses vraies, et 08 réponses fausses.

Toutes les réponses cochées vraies qui reflètent le pessimisme sont : (2,3,4,5,7,9,11,12,14,16,17,18,20), Mr (B.W) manifeste des sentiments négatifs, il confirme les réponses aux items suivants (4,7,9,17,18), il se caractérise par des attentes futur négatives, il le voit sombre et sans espoir, il est découragé et désespéré, pour lui rien ne peut s'améliorer, il exprime « je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans 10 ans », il rajoute « il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelle satisfaction dans le futur. »

VI.5.synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien et les résultats obtenus par les épreuves de Beck, on a constaté que le style cognitif de (B.W), interagit avec ces événements de vie négatifs pour enfin expliquer ces symptômes dépressifs.

Analyse générale des résultats :

L'étude portée sur 06 cas placés dans deux lieux différents, âgés entre (11-43ans), avec un niveau d'instruction inférieur à la 9^{ème} année, souffrant d'une dépression. Les symptômes les plus fréquemment retrouvés sont : la tristesse, l'asthénie, la culpabilité, le pessimisme, faible estime de soi, modification dans le sommeil et l'appétit, Ces personnes dépressives présentent des distorsions cognitives qui perturbent leur appareil psychique.

Les symptômes retrouvés ne sont pas induits par une substance ou une maladie mentale, ou dus à une affection médicale générale, car tous les patients ont subi des tests et bilans sanguins médicaux.

Selon l'analyse des entretiens et les résultats obtenus à l'inventaire de dépression, ainsi qu'à l'échelle de désespoir de Beck, des 06 cas placés dans le service psychiatrique. Aussi dans le centre de protection, souffrent d'une dépression. La moyenne des résultats à l'inventaire de Beck est de (19,16), signe d'une dépression sévère, 04 cas sur 06 présentent une dépression sévère, les 02 autres souffrent d'une dépression modérée.

Ainsi que les résultats obtenus à l'échelle de désespoir indiquent que les dépressifs présentent des considérations pessimistes, la moyenne des résultats à cette échelle est de (12,16), signe d'un degré élevé de désespoir.

les cas	Score de dépression	Score de désespoir
Mr (K.H)	20 – dépression sévère.	12 – pessimiste.
Mr (B.A)	23 – dépression sévère.	12 – pessimiste.
Mr (S.N)	22 – dépression sévère.	13 – pessimiste.
Mr (A.M)	23 – dépression sévère.	12 – pessimiste.
Mr (Z.D)	15 – dépression modérée.	12 – pessimiste.
Mr (S.W)	12 – dépression modérée.	12 – pessimiste.
moyenne	19.16	12.16

Le tableau ci-dessus comporte les différents scores produits par nos sujets, on leurs présentant les deux outils, qui sont l'inventaire de dépression de Beck et l'échelle de désespoir

pour les sujets (K.H), (B.A), (S.N), (A.M), ont une dépression sévère, d'une moyenne de (19.16), avec un score très élevé de désespoir d'une moyenne de (12.16). Avec l'entretien porté auprès de ces quatre premiers cas, on a constaté que ces sujets dépressifs ont une faible estime de soi, selon les descriptions qu'ils présentent « *tout est confus et embrouillé dans ma vie* », « *je me laisse toujours découragé* », ils rajoutent « *je suis mal à l'aise dans une relation avec les autres* », ce qui nous laisse constater que ces dépressifs présentent une tendance d'auto-dévalorisation, des sentiments déficients et indésirable, qui se manifestent automatiquement,

. La bataille pour la survie de l'estime de soi semble perdu d'avance, ils se sentent incompetent, immédiatement attribué à se supposé « mauvaise personnalité ».

On a pu comprendre que l'humeur dépressive modifiait la façon de penser et altérait l'estime de soi, et que le style attributionnel pessimiste interagit avec une faible estime de soi pour expliquer les symptômes dépressifs suivant à un échec professionnel ou scolaire.

Pour les cas Mr (Z.D), Mr (B.W), ont développé une dépression d'une moyenne de (13.5), qui signifie une dépression modérée selon l'inventaire de Beck.

On peut constater que d'après l'entretien et les épreuves de Beck (l'inventaire de dépression et l'échelle de désespoir), que tous les sujets souffrant d'une dépression, qui est formée d'un ensemble de distorsions cognitive qui sont : l'abstraction sélective « personne ne veux de moi », « personne ne même », la sur-généralisation « échec professionnel ou bien scolaire », l'inférence arbitraire, le dépressif interprète des situations fausse sur l'environnement « ils sont tous contre moi », la minimalisation corrélé avec un faible estime de soi « je suis nul, je ne sers à rien ».

Discussion des hypothèses :

Les modèles cognitifs sont fondés sur l'étude du traitement de l'information : processus de pensée conscients et inconscients qui filtrent et organisent la perception des événements qui se déroulent dans l'environnement du sujet, une distorsion dans le traitement de l'information est à l'origine de la dépression, des troubles anxieux et de nombreux comportements inadaptés.

L'objet de notre recherche s'est porté sur la dépression dans sa complexité à travers l'analyse des schémas cognitifs, avec l'exploration des distorsions cognitives chez des personnes dépressifs.

Durant notre recherche on a constaté que plusieurs problèmes sont réunis pour que ces personnes âgées entre (11-43 ans), placés dans un service psychiatrique ainsi que dans un centre de protection et qui souffrent d'une dépression, entre autres : le chômage, les conflits vécus avec leurs parents, plusieurs échecs professionnels ou scolaires, et enfin le changement dans le mode de leurs vie.

L'hypothèse principale qui est « les sujets qui souffrent d'une dépression ont significativement des distorsions cognitives qui perturbent la perception de leurs environnement, leurs soi et leurs futurs », a été confirmé, d'après l'analyse des entretiens et les épreuves de Beck (inventaire de dépression et l'échelle de désespoir), on a souligné que nos 06 cas souffrant d'une dépression, ont des distorsions vis-à-vis de leurs environnements, leurs soi et leurs avenir.

Ces déformations sont systématiquement orientées dans le sens du pessimisme et de la dévalorisation de soi et provoquent à chaque fois des réactions émotionnelles, telle que, la tristesse, le découragement voir de désespoir.

Pour les hypothèses opérationnelles qu'on a supposées :

-La première qui est « les sujets dépressifs ont des schémas cognitifs qui altèrent leur perception de soi. », cette hypothèse qui consiste à dire que les sujets dépressifs présentent une faible estime de soi, se trouve confirmée par l'entretien que nous avons réalisé pour

vérifier cet aspect. Effectivement les (04) sujets qui sont (K.H), (B.A), (S.N), (A.M) qui ont développé une dépression sévère ont manifesté une faible estime de soi, par rapport à leurs descriptions, « je suis nul », « personne ne m'aime », « je n'ai aucune valeur ».

-La seconde qui est « les sujets dépressifs ont des visions négatives sur leurs avenir », a été confirmé par l'échelle de désespoir, cela en référence à la théorie cognitive et comportementale du traitement de l'information de Beck, par leurs analyses (distorsions) et leurs détections, qui ont éprouvé leurs existences, et leurs rôles dysfonctionnels dans l'enchaînement des schémas de pensées négatives apparaissent chez les dépressifs qui altèrent leurs perceptions.

- et enfin pour la dernière qui est « les sujets dépressifs perçoivent négativement leurs environnements », a été confirmé par l'entretien semi-directif qu'on a réalisé avec ces personnes qui ont développé une dépression d'une moyenne entre (12 et 23), ont tous une perception négative vis-à-vis de leurs environnements, selon leurs propos, « tous le monde est contre moi... », « La pauvreté ma poussé a abandonné mes études.... ». Selon leurs réponses à l'échelle de désespoir de Beck, on souligne que les 06 cas dépressifs étudié ont tous des perceptions négative sur leurs environnement, cela signifie par l'item qu'ils ont coté, « je n'espère pas avoir ce je désire le plus ».

On a constaté que l'augmentation de l'humeur dépressive est favorisée par un faible ssniveau de l'estime de soi, et une vision pessimiste envers leurs avenir.

Par ailleurs, les résultats obtenus par notre étude de recherche sur cas, aucun cas ne peuvent être généralisé que par le biais d'une étude approfondie sur un échantillon bien élargi

Conclusion

Conclusion

Conclusion :

Après avoir clarifié les symptômes de la dépression, Il est nécessaire d'élargir la cueillette des données à la recherche des événements et les causes mineurs et majeurs de la dépression avec son cortège de sentiment pessimiste, d'insatisfaction d'auto-dépréciation et de dévalorisation contribuant au développement d'idées, d'indignité et de culpabilité.

Suite à notre recherche intitulée « *Le fonctionnement cognitif chez le dépressif* », qui a été réalisée dans deux lieux différents (service psychiatrique à l'hôpital Franz-Fanon et centre de protection) de Bejaia.

On a constaté que ces deux lieux sont d'une importance dans le dépistage des maladies et pathologies, et que la détection d'un trouble, pouvait éradiquer ces conséquences sinon de les amoindrir.

En effet, après la période de placement, plusieurs patients ont déclaré avoir souffert de plusieurs difficultés à savoir les modifications de sommeil et d'appétit, fatigue physique, perte de l'élan vital, des sentiments de reproches et de culpabilités aussi le découragement et le désespoir vis-à-vis de l'avenir.

L'étude réalisée sur le terrain avec les six cas âgés entre (11 et 43 ans), nous permis de nous rapprocher la dépression dont sa complexité et savoir comment ils perçoivent le monde.

Il est aussi important de dire que la prise en charge du trouble dépressif s'est imposée comme la solution la plus efficace, Il aurait été intéressant de poursuivre l'étude jusqu'à la prise en charge, restructuration cognitive, le remaniement des pensées et les schémas, pour supprimer les distorsions cognitives et ajuster les réponses et les rendre adéquates aux situations grâce à des entraînements graduelles, tout en mesurant la diminution de la dépression et la réduire pas à pas avec le patient, pour se faire il faudra bien entendu à instaurer un climat de confiance et une zone de sécurité entre le patient et le thérapeute.

Liste

Bibliographique

La liste bibliographique :

Les ouvrages :

- 1-A.Eherberg, 2008, « la fatigue d'être soi : dépression et société »Paris,Ed,Amazon.
- 2-Association Américaine de Psychiatrie .DSM-IV, (1999), « Manuel Diagnostique Statistique des troubles Mentaux », Paris. 4^{eme} Ed, Masson.
- 3-C .Vanrensburg et J .Doucet, (2002), « entretien clinique », France, Ed, Amazon.
- 4-D. Petot, (2003), « l'évolution clinique en psychologie de l'enfant », Paris, Ed, Dunod.
- 5-E. Pewznur,(2000), « introduction à la psychologie de l'adulte »,Paris,2eme Ed, Armond Coline /HER.
- 6- G. klafrtas, (2004), « la dépression, Approche cognitive et comportementale », Paris, édition Harmattan.
- 7- I.M. Blackburn et J.Cottraux, (2008), « Thérapie cognitive de la dépression », Paris, 2^{eme} Ed Masson.
- 8-Institut National de Prévention et d'éducation pour la Santé, (2010), « Education thérapeutique du patient, modèle, pratique et évolution », Ed Anne-Sophie Mélard.
- 9-J. Cottraux, (2001), « Les thérapies comportementales et cognitives », Paris, 3^{eme} Ed, Masson.
- 10- J.L. Pardinielli et B .Amel, (2005), « les états dépressifs », Paris, Ed, Armand Coline.
- 11- J. Ledrich,(2001), « l'humeur dépressive sous l'angle des cognitions spécifiques et des écarts entre les sois »,Nancy-Université.
- 12- K. Chahraoui et H.Bénony, (2003), « Méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique », Paris, Ed, Dunond.
- 13-K.Chahraoui et H.Bénony,(1999), « l'entretien clinique », Paris,Ed,Dunond.
- 14-L.Fofana, (2007), « Evolution des schémas cognitivo-émotionnels chez les patients anxio-dépressifs en fonction d'une prise en charge en psychothérapie cognitive », Université Charle-De- Guaul-Lille.

15- L.Fernandez et M.Cottraux, (2001), « la recherche en psychologie clinique », France, Ed, Nathan Amazon.

16- M.Bouvard et J.Cottraux, (2005), « Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie), Paris, ^{4eme} Ed, Masson.

17- S.Nobert,(1999), « dictionnaire de psychologie », Paris, Ed, Larousse.

Les sites web :

1-[http// :www.ineps.santé.fr/cffsbases/catalogue/PDF/1057.pdf](http://www.ineps.santé.fr/cffsbases/catalogue/PDF/1057.pdf).consulté le 10.03.2013.

2- [http// :www.psymunich.prumactil.org/t13](http://www.psymunich.prumactil.org/t13).consulté le 12.02.2013.

3- [http// :www.Algerie-dz.com/forums/archive/index.ph.htm](http://www.Algerie-dz.com/forums/archive/index.ph.htm).

Annexes

Le guide d'entretien :

Axe I : informations personnels.

Nom :

Prénom :

Âge :

Situation matrimoniale :

Niveau d'instruction :

Profession :

Antécédents médicaux :

Axe II : les informations sur le placement (l'hôpital, centre).

Est-ce que c'est votre premier placement?

Parlez nous de votre placement ?

J'aimerais bien si vous nous parlez sur vos premiers jours ici ?

Vous vous sentez comment ?

Axe III : vie personnelle des personnes dépressives dans le placement.

Pourriez-vous nous parlez de votre relation avec vos amis de ce placement ?

Parlez nous de vos relations avec le personnel du placement ?

Axe IV : les informations liées au bien être.

Vous vous sentez comment ici loin de votre famille ?

Avez-vous vécu un changement tel que des modifications du sommeil et de l'appétit ?

Pourriez vous nous parlez sur votre avenir ?

Vous éprouvez du plaisir aux choses qui vous plaisaient ?